



Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

Plano de Comunicação para a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves – Promoção da Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária

Joana Maria de Moraes Gomes Soares

Professora Maria João Cunha Silvestre

Professor Jorge de Sá



**Sociedade Portuguesa
de
Psicoterapias Breves**

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Comunicação Social - Vertente de Comunicação Estratégica

Lisboa

2011

AGRADECIMENTOS

Gostava de agradecer:

À minha orientadora, a Professora Maria João Cunha Silvestre, pela disponibilidade, paciência e compreensão nos momentos mais difíceis.

Ao meu co-orientador, o Professor Jorge de Sá, pela receptividade em me acolher como co-orientanda e pelo tempo que me dispensou.

À minha mãe, que aturou as minhas inúmeras birras em momentos de *stress* e que me apoiou desde que respirei pela primeira vez.

Ao meu pai, que espera sempre mais de mim e que insiste em que faça doutoramento, mesmo quando já nem quero pensar no mestrado.

Ao Luis, que eu adoro e devo muitos mimos e, também, a quem devia ter ouvido mais vezes em certas ocasiões.

Às minhas amigas: a Tania, a Ju, a Teresa Mesquita, a Sara, a Carlota, a Joanelha e a Teresa Pinhão, por terem ficado sem me ver durante tanto tempo e não se terem zangado comigo. À Alba que está em Madrid, mas que ainda assim me aturou uma semana. À Catarina, por ser uma querida e ter partilhado os problemas comigo.

Aos meus queridos, Heitor e Nuno, por ter recusado tantas vezes apoiá-los para meu próprio benefício.

Aos meus amigos “emprestados”: o Daniel, o Miguel e o Pedro, por me distraírem durante vários dias, aturarem os meus AFKs e KSs e me proporcionarem noites divertidas à frente dum computador.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

O trabalho de projecto, para obtenção do grau de mestre, consistiu num plano de comunicação para a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.), a fim de promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

O trabalho de projecto teve como objectivo principal determinar quais as actividades de comunicação mais adequadas na promoção da saúde mental para o caso da S.P.P.B.. Consequentemente, procurou-se identificar as condições sociopolíticas, económicas, tecnológicas e legais em que a S.P.P.B. se inseria; identificar os recursos, as oportunidades e as ameaças que possui; elaborar o diagnóstico da situação de mercado e determinar os objectivos estratégicos da comunicação e a campanha de comunicação que melhor se adequa à S.P.P.B. numa das suas áreas de acção, mais concretamente, a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

Para alcançar os objectivos propostos, recorreu-se a um estudo de caso da S.P.P.B., empregando um método misto, isto é, recorrendo a um método qualitativo, através duma entrevista, e a um método quantitativo, através da análise de dados secundários.

O plano de comunicação *per se* procurou angariar clientes para a CAIC, aumentar as receitas e difundir a S.P.P.B., o seu modelo e as suas actividades a longo prazo.

Palavras-Chave: plano de comunicação, SPPB, aconselhamento, sociedade de psicoterapeutas, comunicação na saúde, comunicação na saúde mental.

ABSTRACT

The project for the degree of master consisted of a communication plan for the Portuguese Society of Brief Psychotherapy (S.P.P.B.), in order to promote counseling and community intervention sessions (CAIC).

The project aimed at determining which communication activities were most appropriate in the promotion of mental health for S.P.P.B. case. Consequently, we sought to identify the sociopolitical, economic, technological and legal conditions in which S.P.P.B. was immersed; identify its resources, opportunities and threats; make a market report and determine the communication strategy and the communication campaign that best suits S.P.P.B. and one of its areas of action, namely, counseling and community intervention sessions (CAIC).

To achieve the planned goals, we used a case study of S.P.P.B., employing a mixed method, i.e., using a qualitative method by making an interview and a quantitative method by analyzing secondary data.

The communication plan per se purpose is to gain customers for CAIC, increase the revenue and diffuse SPPB, its model and its activities in the long-term.

Keywords: communication plan, SPPB, counselling, psychotherapy society, health communication, mental health communication.

Índice

Introdução	8
1. Revisão da Literatura.....	10
1.1 Marketing em Saúde	10
1.2 Comunicação em Saúde.....	12
1.3 Comunicação em Saúde Mental.....	16
2. Metodologia.....	22
2.1 Pergunta de Partida e Objectivos	22
2.2 Desenho de Pesquisa e Técnicas de Análise.....	22
3. Contextualização da S.P.P.B.	26
3.1 Análise PEST	28
A. Análise Legal e Política.....	28
B. Análise Económica.....	29
C. Análise Social.....	29
D. Análise Tecnológica.....	31
3.2 Análise dos Recursos da S.P.P.B.	32
3.3 Análise da Comunicação.....	33
3.4 Análise do Cliente.....	38
3.5 Análise do Mercado	40
3.6 Análise dos Serviços	41
3.7 Análise SWOT	43
4. Objectivos Estratégicos do Plano de Comunicação	46
4.1 Público-alvo da Comunicação	46
4.2 Objectivos da Comunicação	46
4.3 Orçamento, Recursos e Prazos.....	47
5. Plano de Comunicação da S.P.P.B.	51
5.1 Elaboração das Mensagens	51

5.2 Meios e Suportes.....	53
5.3 Planeamento dos Media: Objectivos e Implementação	55
5.4 Avaliação do Plano de Comunicação	67
Conclusão.....	70
Referências Bibliográficas	72
Anexos	77

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Género dos clientes admitidos entre 2010 e 2012.....	39
Gráfico 2 - Idade dos clientes admitidos entre 2010 e 2012.....	40
Gráfico 3 - Mapa de Gannt	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise SWOT.....	43
Tabela 2 - Objectivos da Comunicação	47
Tabela 3 - Orçamento	48
Tabela 4 - Duração de cada Actividade	49
Tabela 5 - Meios e Suportes para promoção da CAIC	54
Tabela 6 - Exemplo de preçário dos serviços clínicos.....	56
Tabela 7 - Exemplo de Questionário aos Clientes da CAIC.....	68

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Site da S.P.P.B.	33
Ilustração 2 – Cabeçalho do perfil do Facebook da S.P.P.B. (Dez 2012)	34
Ilustração 3 - Tipo de imagem partilhada no Facebook.....	36

Ilustração 4 – Promoção do Curso de Formação de Psicoterapeuta	37
Ilustração 5 - Promoção do XI Encontro no Facebook.....	37
Ilustração 6 - Cartão de identificação utilizado no XI Encontro	38
Ilustração 7 - Exemplo de Mensagem.....	52
Ilustração 8 - Exemplo da promoção de eventos no <i>site</i>	56
Ilustração 10 - Exemplos de Cover para o Facebook da S.P.P.B.	58
Ilustração 11 – Exemplo 1 de Cartaz promocional da CAIC	61
Ilustração 12 – Exemplo 2 de Cartaz promocional da CAIC	62
Ilustração 13 - Panfletos A5 (frente e verso)	64
Ilustração 14 - Exemplo de <i>roll up</i>	66

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de projecto consistiu num plano de comunicação para a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.), a fim de promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

Podemos observar e perceber pela data de criação de algumas das sociedades científicas sediadas em Lisboa que, nos últimos dez anos, houve um crescimento do número de sociedades e organizações privadas com serviços similares aos da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.). Por esta razão, a S.P.P.B. aceitou ser o objecto de estudo deste trabalho de projecto, que irá promover um dos seus serviços, difundindo entre a população-alvo a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC) que, de momento, se encontra num estado embrionário.

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves é uma Sociedade Científica sem fins lucrativos, que tem por objectivos o atendimento em Psicoterapia Breve no âmbito da intervenção no indivíduo; o atendimento em Aconselhamento Breve no âmbito da intervenção na crise do indivíduo ou da família; a formação de Psicoterapeutas e Técnicos de Aconselhamento; a investigação científica; a promoção de actividades científicas e de psicoterapias breves; a realização de colóquios, encontros, cursos e seminários e a divulgação de artigos e publicações periódicas (S.P.P.B., 2012a).

Este trabalho final de projecto pretende não só dar resposta a um momento de avaliação, pondo em prática conceitos aprendidos nos últimos dois anos com vista à conclusão do Mestrado em Comunicação Social na vertente de Comunicação Estratégica do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, mas também colmatar as necessidades da S.P.P.B., nomeadamente: oferecer um apoio alternativo às consultas de psicoterapia mais acessível para a camada média-baixa da sua comunidade, criando consequentemente uma maior visibilidade.

O trabalho final de projecto possui uma componente multidisciplinar, pois incide sobre os conhecimentos e as competências adquiridos durante o mestrado e, adicionalmente, sobre matérias que não foram focadas durante o mesmo: comunicação em saúde, comunicação em saúde mental, marketing na saúde, entre outros.

O plano de comunicação promove um dos serviços prestados pela S.P.P.B., a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC). A CAIC remete para uma intervenção psicoterapêutica privada, a um preço reduzido, dentro do modelo conhecido

como *counseling* nos países anglo-saxónicos. Uma forma de intervenção ainda mais breve e focalizada num pedido específico do cliente; esta consulta economicamente mais acessível é realizada por formandos dos cursos de técnicos de aconselhamento e de psicoterapeutas necessariamente supervisionados por Membros Titulares com funções Didactas na S.P.P.B..

A CAIC tem por objectivos disponibilizar aos formandos mais prática supervisionada, preparando-os melhor para o desenvolvimento da actividade com autonomia e dar resposta a uma necessidade real da comunidade em que se insere, fazendo chegar o aconselhamento a todas as camadas da população.

O trabalho de projecto tem como objectivo explorar a Comunicação em Saúde e em Saúde Mental, a fim de encontrar acções que permitam construir um plano de comunicação para a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves. O plano de comunicação pretende difundir a S.P.P.B. como prestadora de consultas comunitárias de aconselhamento.

Para alcançar os objectivos supra referidos, a nível metodológico recorreu-se a um estudo de caso da S.P.P.B., utilizando a técnica de análise estatística de dados secundários.

O trabalho de projecto encontra-se estruturado em cinco grandes capítulos, nomeadamente: a revisão da literatura, incidindo sobre o marketing em saúde, a comunicação em saúde e a comunicação em saúde mental; os aspectos metodológicos; a contextualização da S.P.P.B., que inclui as análises dos agentes externos e internos; os objectivos estratégicos da comunicação com a definição do público-alvo e, ainda, a definição dos prazos, do orçamento, dos recursos e dos instrumentos da comunicação. Como último capítulo, temos o plano de comunicação *per se*, que engloba a elaboração das mensagens, a definição dos meios e dos suportes e o planeamento dos media com a determinação dos seus objectivos e dos métodos de implementação, assim como os métodos de análise do sucesso do plano de comunicação.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 MARKETING EM SAÚDE

O marketing teve o seu auge na década de 1950 e 1960, tornando-se um elemento-chave da indústria farmacêutica e de seguros, alargando o seu domínio ao assumir uma posição no tecido empresarial (Lindon, Lendrevie, Lévy et al., 2009, p. 26).

Nesta mesma época, em Portugal, foram construídos novos hospitais e instalações dedicadas a questões específicas de saúde pública (Barros e Simões, 2007, p. 111; Ministério da Saúde, 2008). Em contraste com a força de vendas que impulsionava as empresas, o objectivo das organizações de saúde era ocupar o maior número de camas possível. No entanto, o marketing era encarado como inadequado e pouco ético no campo da saúde, não sendo por isso utilizado (Kotler & Clarke, 1987, p. 3). Igualmente em detrimento do marketing, durante muitos anos, o conceito de cliente dos serviços de saúde apontava apenas para indivíduos doentes ou com mal-estar, renunciando a possível interacção com indivíduos sãos (Thomas, 2004, p. 31).

O marketing entrou no campo da saúde a finais do século XX, época em que o cliente/utente passa a ser o centro das atenções (Lindon, Lendrevie, Lévy et al., 2009, p. 26; Thomas, 2004, p. 11-12). Segundo estes autores, as técnicas de marketing não podem ser directamente transmutadas de outros sectores para o campo da saúde, pois esta área possui características específicas, devendo ser convertidas ou adaptadas. Um exemplo destas características específicas recai sobre o conceito de mercado, pois no campo da saúde pública, este não é linear: não existe competição de preços, já que estes são estabelecidos legalmente; a oferta corresponde a um oligopólio muito delimitado, logo os clientes/utentes têm pouca escolha; os hospitais e centros de saúde são obrigados a aceitar os utentes que se encontram inscritos, mesmo que estes sejam considerados “clientes indesejáveis” (Kotler & Clarke, 1987, p. 6); e os profissionais de saúde não se comportam como vendedores de serviços de saúde, visto que possuem um código ético a cumprir e não são impulsionados por motivos económicos (Thomas, 2004, p. 24-26).

Todas estas condições apontam para o facto das organizações de saúde não serem influenciadas pelas mesmas considerações económicas que afectam outras indústrias (Thomas, 2004, p. 26). Podemos, ainda, verificar que a maior parte dos gastos numa organização de saúde recai sobre as decisões tomadas pelos profissionais de saúde que nela trabalham. No entanto, a sua prioridade é o bem-estar do cliente/utente, o que pode ir em detrimento dos objectivos do administrador da organização; uma organização de

saúde tem de conjugar vários objectivos, económicos ou não (Thomas, 2004, p. 30; Kotler & Clarke, 1987, p. 6).

Por sua vez, o cliente na maior parte das vezes desconhece o custo do serviço até depois de o utilizar. Neste sentido, por não poder comparar preços ou técnicas, o cliente centra-se em aspectos que estão ao seu alcance, que pode avaliar e que são do seu conhecimento, tais como: a qualidade da comida ou a hospitalidade dos profissionais de saúde de determinada organização (Thomas, 2004, p. 34).

O custo total dum procedimento médico ou dum serviço de saúde pode não ser revelado, porque muitas vezes os serviços são parcial ou totalmente comparticipados pelo Estado ou por um seguro de saúde privado; por outro lado, dois hospitais podem utilizar diferentes técnicas de determinação de preços, o que invalida a utilização de preços como método competitivo ou como base para promoção dos serviços (Thomas, 2004, p. 33). Como consequência da comparticipação parcial ou total, o cliente tende a usar todos os recursos que desejar, sem racionar o seu custo ou utilização e o profissional de saúde tem pouco, ou nenhum, controlo sobre a situação (Thomas, 2004, p. 33).

Em comparação com outros serviços, os serviços de saúde incorporam uma componente emocional para o cliente que recorre aos mesmos de forma esporádica e, por vezes, imprevisível; estes dois factores coadjuvam a utilização obrigatória de técnicas de marketing específicas (Thomas, 2004, p. 34).

Talvez por ser uma área que necessita de ser delimitada, observamos características específicas apontadas pelos autores e investigadores do marketing em saúde, que não encontramos na comunicação em saúde. A sua importância para o presente plano de comunicação prende-se ao facto de podermos identificar na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) algumas das características supra referidas. Isto é: a S.P.P.B. está inserida num oligopólio delimitado, por não existirem instituições privadas que ofereçam consultas de aconselhamento, o que se traduz na inexistência duma competição de preços, como observaremos mais adiante. Por outro lado, os psicoterapeutas associados à S.P.P.B. não são vulgarmente estimulados por motivos económicos, pois é uma sociedade sem fins lucrativos e a psicoterapia incorpora uma componente extremamente emocional para o cliente, alicerçada na aliança terapêutica entre o cliente e o psicoterapeuta e menos no valor da consulta.

Estes são pontos importantes a salientar e que podem ser transpostos para a comunicação em saúde e em saúde mental, sem interferir com os estudos associados a esses temas.

1.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

“Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.”

(Teixeira, 2004, p. 615)

A comunicação em saúde, tal como o conceito de saúde em si, pode assumir diversas vertentes, classificando-se em interação entre o profissional de saúde e o utente, políticas de saúde, tecnologias da informação, entre outros, tendo um impacto a nível individual e comunitário (Teixeira, 2004, p. 615; WHO, 2005, p. 18).

A vertente da comunicação em saúde que se refere à promoção de saúde é o processo através do qual se capacita as pessoas para que assumam controlo da sua saúde e a melhorem (WHO, 2009). Este conceito teve origem no Canadá, nos anos 70, quando os responsáveis pelos serviços de saúde compreenderam que era preciso sensibilizar a população para o impacto do estilo de vida no seu bem-estar (WHO, 2005, p. 22). Na mesma década, surgiram as primeiras conferências relacionadas com a saúde e o bem-estar, sendo realizadas por organizações governamentais e não-governamentais.

Poucos anos depois do surgimento da televisão, Griffiths e Knutson (1960) foram dos primeiros a explorar os estudos de vários investigadores sobre o papel dos meios de comunicação tradicionais no campo da promoção da saúde pública, determinando que estes meios tendem não só a atingir uma audiência específica como essa audiência é livre de aceitar ou rejeitar a mensagem transmitida, o que pode levar a efeitos demasiado específicos e limitados. Griffiths e Knutson (1960, p. 518) indicam ainda que será sempre difícil para os meios de comunicação mudar atitudes alicerçadas em tradições ou em crenças, principalmente quando as atitudes estão relacionadas com a saúde pública, visto que a saúde possui poucos “produtos” atraentes e de fácil “entrega”. Para alcançar uma mudança de atitude que capacite as pessoas para assumirem controlo sobre a sua saúde, é necessário passar por um processo lento e complexo, que pode vir a ser mais eficaz quando apoiado por uma figura pública ou por um especialista (Griffiths & Knutson, 1960, p. 521).

Segundo Griffiths e Knutson (1960, p. 521), os meios de comunicação tradicionais têm a importante função de informar e apoiar certos grupos populacionais, mas não alcançam quem realmente necessita dessa informação. Na época em que foi realizado o

estudo, Griffiths e Knutson (1960, p. 521-522) identificaram que os grupos populacionais influenciados pelos meios de comunicação tradicionais possuem um nível cultural e socioeconómico acima da média, sendo capazes de compreender e aceitar novas informações científicas e de entender o seu papel na gestão da sua saúde e da saúde da sua comunidade como fornecedores de informação.

Já mais recentemente, Teixeira (2004, p. 617-618) aponta quatro panoramas que dificultam a comunicação entre o profissional de saúde e o utente e que se podem reflectir na promoção da saúde *per se*. O primeiro cenário refere-se à transmissão de informação pelos profissionais de saúde: esta transmissão é por vezes imprecisa, insuficiente ou demasiado técnica, quando deve ser clara e personalizada. O segundo cenário aborda as atitudes dos profissionais de saúde e dos utentes em relação à comunicação, pois muitas vezes têm posturas negativas. Em terceiro, o autor relata que um défice na comunicação afectiva dos profissionais de saúde pode levar a um distanciamento e desinteresse pela situação do utente. Como quarto cenário, deparamo-nos com a baixa literacia do utente.

Desta forma, podemos determinar que tanto a comunicação entre o profissional de saúde e o utente como as actividades de promoção de saúde devem recair sobre uma comunicação clara, directa e inteligível para o público-alvo. Os programas de promoção de saúde visam ainda prevenir problemas de saúde e/ou facilitar o acesso do utente ao serviço mais adequado, de forma a obterem melhores resultados, reduzindo os custos do Serviço Nacional de Saúde. O sucesso destes programas depende de quão claras, directas e inteligíveis são as mensagens.

Rimal e Lapinski (2009) apontam três considerações importantes sobre as intervenções da comunicação:

Primeiro, as intervenções da comunicação não caem no vazio social, são recebidas e processadas por prismas individuais e sociais, que determinam o que as pessoas identificam da mensagem, através dum processo de exposição selectiva, e o significado que lhe dão (percepção selectiva) que depende de factores individuais (ou seja, hermenêuticos) e níveis macro-sociais (relações interpessoais, padrões culturais, etc.).

Em segundo lugar, é habitual encontrar discrepâncias entre as mensagens transmitidas e as recebidas, devido à exposição diferencial à intervenção e às diferenças na interpretação de informação descodificada.

Por fim, a comunicação é um processo dinâmico, em que as fontes e os receptores trocam de papéis continuamente.

De acordo com Rimal e Lapinski (2009), ao usar estes três princípios da Comunicação em Saúde no domínio específico da Saúde Pública, surgem os seguintes desafios: Em primeiro lugar, são necessários estudos metódicos e inovadores para atribuir ao esforço da intervenção os resultados observados, especialmente quando esta é levada a cabo através dos meios de comunicação tradicionais a nível nacional. Sendo por vezes possível que ocorram mudanças no conteúdo da intervenção, devido ao carácter transaccional, ou seja, devido à troca de informações.

Em segundo, a intervenção deve ter uma abordagem multidisciplinar, visto que o comportamento humano reside em múltiplos níveis que se reforçam mutuamente.

Por último, a comunicação em saúde deve esforçar-se continuamente para ir ao encontro das suas audiências, identificando o seu nível de uso tecnológico, já que a mudança dos canais de comunicação é rápida.

Segundo Rimal e Lapinski (2009), ao unir investigadores e profissionais de diversas matérias e ao adoptar abordagens teóricas multidisciplinares, a comunicação em saúde tem muito para contribuir e pode vir a ter um papel significativo para melhorar a qualidade de vida.

Um dos primeiros estudos sobre este tema foi realizado por Knutson (1967) que, depois de avaliar diversos estudos experimentais, determinou que o conceito de quadro referencial influencia a observação e o julgamento crítico dos indivíduos quando expostos a situações de saúde pública que lhe são familiares, seja este quadro referencial adquirido pelo próprio indivíduo ou estruturado pelo campo profissional em que se insere. Knutson (1967) determina, ainda, três factores que guiam a forma como os quadros referenciais operam na comunicação em saúde pública: o significado (*meaning*), a relevância (*relevance*) e a validade/solidez (*validity/soundness*). Knutson (1967, p. 114) indica que o significado é a medida em que a comunicação é correctamente interpretada pelo indivíduo e como essa medida leva a outras interpretações da comunicação ou de diferentes aspectos da mesma. Mesmo quando interpretados correctamente, certos aspectos da mensagem podem ter uma relevância particular para indivíduo ao terem uma carga pessoal ou profissional, imperceptível ao comunicador (Knutson, 1967, p. 114). Por último, a validade ou a solidez da mensagem revelam uma sensibilidade do indivíduo para a qualidade, a veracidade e/ou a adequação da mensagem, sendo importante conectar a comunicação a experiências anteriores, sedimentar o quão segura e autoritária é a fonte e apresentar imparcialidade em temas controversos. (Knutson, 1967, p. 115). Knutson

(1967) indica que existe, frequentemente, um fosso entre as intenções do comunicador e as interpretações/críticas do interlocutor no que toca a estes três factores.

Tal como se pode verificar hoje em dia em Portugal, Oliver (1990) aponta para o facto da população do Reino Unido estar envelhecida e de representar grande parte dos gastos do sistema de saúde. A maioria da população envelhecida não compreende o processo de envelhecimento e pensa que estar doente, a nível mental e físico, faz parte desse processo. Consequentemente, o indivíduo não procura tratamento ou ajuda adequados (Oliver, 1990).

De acordo com Oliver (1990), a primeira etapa na promoção da saúde para esta camada da população passa por desmistificar as assunções negativas sobre a relação entre uma saúde frágil e o processo de envelhecimento. Revela, ainda, que uma população envelhecida representa o sucesso do sistema de saúde e da medicina, o sucesso da nossa sociedade em manter padrões de vida satisfatórios e o sucesso de cada indivíduo para superar problemas ao longo da vida, sendo estes os pontos a salientar na promoção da saúde.

Mais uma vez, deparamo-nos com a importância da clareza e personalização das mensagens. Nesta camada da população, a promoção da saúde, mental ou física, deve informar e esclarecer questões relacionadas com a saúde e as diversas etapas da vida, visto que certos problemas físicos resultam de factores sociais e económicos únicos na vida de cada um (Oliver, 1990).

Igualmente, McNab (2009) aponta para a importância de disponibilizar informação sobre saúde credível, de forma a melhorar a saúde pública. Aproveitando a inexistência de fronteiras físicas e linguísticas nas comunicações electrónicas, as redes sociais transformaram o monólogo num diálogo, onde qualquer pessoa pode ser um comunicador, incluindo as instituições de saúde. Todas as vantagens associadas salientam o imperativo de providenciar informação com conteúdos relevantes e mensagens inteligíveis para a população (McNab, 2009).

McNab (2009) denota que para ter êxito a comunicação em saúde com base em redes sociais deve ser consistente e focalizada, fomentando o diálogo entre a instituição e a população e corrigindo informações erróneas, sem se limitar a providenciar dados.

Em suma, no que concerne aos meios de comunicação tradicionais, os investigadores apontam para a captação das mensagens por parte dum público-alvo muito específico, que funcionará como transmissor de informação dentro da sua comunidade (Griffiths & Knutson, 1960). No entanto, a comunicação e a troca de informação tem as

suas falhas, mesmo quando se processa entre o profissional de saúde e o utente, dependendo não só do quão inteligível é a mensagem como também da sua interpretação (Teixeira, 2004; Rimal e Lapinski, 2009). Na comunicação em saúde, surge ainda outra questão importante que abordaremos no ponto seguinte: a desmistificação e a promoção de certos temas que, conseqüentemente, promovem o desenvolvimento do indivíduo e a procura de apoio adequado.

1.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A comunicação e a promoção da saúde mental na Europa tiveram início com Clifford W. Beers, o primeiro utente na história da saúde mental que, em 1907, relatou a sua experiência num livro autobiográfico. Clifford W. Beers denunciou, assim, os castigos por que passou numa instituição psiquiátrica, a fim de reivindicar os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental a nível mundial (MHE, 2010, p. 7).

Por outro lado, a *World Federation for Mental Health* (WFMH), em actividade entre 1948-1980, teve um grande papel na promoção da saúde mental na Europa, criando posteriormente o *European Regional Council* (ERC). Através do ERC-WFMH e com a ajuda da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, Portugal deu os primeiros passos na reforma dos hospitais psiquiátricos em 1987 (MHE, 2010, p. 16-17; Barros e Simões, 2007, p. 111).

Já mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p. 2-12) e outros investigadores (Williams, Chapman, Lando et al., 2005) têm vindo a promover e a definir a saúde mental como a base do bem-estar e das acções do indivíduo, indicando ainda que a saúde mental faz parte da saúde do indivíduo e que contribui positiva ou negativamente para o funcionamento da sua comunidade; logo, deve assumir prioridade dentro da saúde pública e deve ser amplamente promovida.

Adicionalmente é importante salientar que, a ausência de doenças mentais não supõe que um indivíduo possua uma boa saúde mental (DH, 2001; Keyes, 2007; WHO, 2005, p. 6). O indivíduo pode estar bem de saúde, livre de psicopatologias e evidenciar um mal-estar psicológico; que a curto prazo não afecta a sua comunidade, mas que o perturba no quotidiano, independentemente da camada da sociedade em que se insere (DH, 2001; WHO, 2005, p. 6).

Com o intuito de desmistificar o conceito de saúde mental, têm sido elaborados diversos estudos sobre os resultados positivos alcançados por indivíduos com o acompanhamento de um profissional de saúde mental, tais como: um melhor desempenho escolar ou no local de trabalho, um melhor relacionamento familiar e, conseqüentemente, uma comunidade mais segura (DH, 2001; WHO, 2005, p. 4-8).

Na última década, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) identificou que a falta de comunicação na saúde mental advém dos agentes e profissionais de saúde estarem centrados nos problemas de saúde físicos e imediatos, de se ter criado um fosso entre os problemas físicos e os problemas mentais, da falta de clarificação de conceitos e da falta de estudos que comprovem o papel da saúde mental na vida do indivíduo. Na realidade, a promoção da saúde mental pode vir a prevenir mais os problemas físicos do que os psicológicos, ajudando na elaboração de campanhas contra o consumo de drogas como o tabaco ou o álcool (WHO, 2005, p. 10). Junto do público geral e dos profissionais de saúde, o aumento da literacia em saúde mental contribui para reduzir o estigma, para facilitar a procura de ajuda, para melhorar os serviços e para aumentar a capacidade da comunidade para incluir e ajudar pessoas com problemas do foro mental (DH, 2001, p. 62). Para melhorar o nível de literacia podem ser criadas iniciativas para aumentar o acesso a informação *online*, através de parcerias entre os diversos agentes (DH, 2001, p. 62).

Como já foi indicado, no que diz respeito à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) teve a iniciativa exaustiva de definir e salientar a importância de promover a saúde mental como ponto fulcral na saúde dos indivíduos (WHO, 2005). O papel importante da OMS neste campo levou os investigadores de comunicação em saúde mental a recorrer aos seus relatórios como ponto de partida, como é o caso de Keyes (2007) que adapta as definições da OMS à realidade americana.

Uma vez definido o ponto de partida para a comunicação em saúde mental, os investigadores exploraram o facto de existirem vários níveis de influência e, conseqüentemente, de promoção da saúde mental (Peterson, 2010; Peterson e Govender, 2010): político, comunitário e individual; a partir deste ponto, surgem teorias específicas a nível comunitário e individual, culminando na relação existente entre o cliente/utente e o serviço prestado, como iremos observar mais adiante.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005, p. 9), a comunicação em saúde mental faz parte do grande espectro da comunicação em saúde e o seu objectivo é promover três temas principais:

- 1) O desenvolvimento e manutenção de comunidades saudáveis;
- 2) A capacidade de cada indivíduo para lidar com o mundo social, utilizando práticas como a participação, a tolerância da diversidade e a responsabilidade mútua;
- 3) A capacidade de cada indivíduo para lidar com pensamentos e sentimentos, para gerir a sua vida e a sua resiliência emocional.

Por outro lado, Keyes (2007) salienta que a estratégia norte-americana para promoção da saúde mental deve simultaneamente:

- a) Prevenir e tratar doenças mentais;
- b) Promover o florescimento dos indivíduos (sentimentos positivos aliados a um funcionamento positivo) isentos de doenças mentais, mas que não possuem uma boa saúde mental.

Por existirem diferentes níveis de influência sobre a saúde mental de um indivíduo, a saúde mental deve ser promovida em vários sectores (DH, 2001; Peterson, 2010; Peterson e Govender, 2010):

- a) Nível estrutural e político, através de iniciativas que reduzam a discriminação e as desigualdades e que promovam o acesso à educação e ao emprego, etc.
- b) Nível interpessoal/comunitário, através de actividades que fomentem a participação e inclusão social, que promovam a saúde mental no trabalho e nas escolas e através da criação de serviços de apoio social;
- c) Nível intrapessoal/individual, através de actividades desenvolvidas para estimular a auto-estima, para melhorar as capacidades comunicativas e relacionais, para modificar comportamentos, entre outros;

A nível comunitário, as oportunidades para influenciar, participar em e ser consultado sobre serviços são um elemento-chave do impacto dos serviços no bem-estar mental daqueles que recorrem à saúde mental e dos que trabalham na área (DH, 2001, p. 61). A informação de acções de promoção de saúde mental anteriores deve ser avaliada, a fim de determinar a sua relevância e, posteriormente, a informação deve ser disponibilizada (DH, 2001, p. 64). No plano de acção norte-americano (DH, 2011), são identificadas como necessidades de informação:

- a) Como lidar com a própria doença mental e com a de outros;
- b) Promoção da saúde mental em escolas e no local de trabalho;
- c) Promover informação que relacione saúde mental com a saúde física;
- d) Como e quando se deve procurar ajuda;

- e) Que serviços estão disponíveis a nível local.

A nível individual, Peterson e Govender (2010) coligiram diversas teorias da promoção da saúde relacionadas com as motivações que levam o indivíduo a realizar mudanças comportamentais: o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Acção Racional, a Teoria da Acção Planeada e a Teoria da Influência Triádica.

O Modelo de Crenças de Saúde, ou *The Health Belief Model*, de Becker (1974 *apud* Peterson e Govender, 2010) interpreta a mudança de comportamento como sendo fruto duma análise de custo-benefício da ameaça percebida e de custo-benefício da realização do comportamento, dividindo-se em:

- 1) Susceptibilidade percebida: Percepção do risco pessoal de contrair a doença;
- 2) Gravidade percebida: Percepção da gravidade da doença;
- 3) Benefícios percebidos: Percepção da eficácia de várias acções para reduzir a susceptibilidade de contrair a doença.
- 4) Barreiras percebidas: Percepção das potenciais dificuldades em realizar uma acção saudável.

A Teoria da Acção Racional de Fishbein e Ajzen (1975 *apud* Peterson e Govender, 2010) toma a intenção do indivíduo para realizar a acção como o factor mais importante do comportamento em si, sendo determinado pela atitude do indivíduo (crenças pessoais) em relação ao comportamento e pelas normas subjectivas (expectativas e crenças sociais). Ao ser uma extensão da Teoria da Acção Racional, a Teoria da Acção Planeada de Ajzen (1991 *apud* Peterson e Govender, 2010) mantém as mesmas premissas e acrescenta o condicionante de controlo comportamental percebido, que passa pela crença que o indivíduo possui de conseguir realizar o comportamento.

Por fim, a Teoria da Influência Triádica de Flay e Petraitis (1994 *apud* Peterson e Govender, 2010) indica que existem três níveis de influência sobre as intenções de comportamento de um indivíduo, à semelhança dos níveis de influência da saúde mental referidos anteriormente, sendo estes: influências intrapessoais, influências culturais e influências sociais.

Depois de observarmos os pontos em que a comunicação em saúde mental influencia os indivíduos, devemos compreender o papel dos indivíduos que utilizam estes serviços (Tait e Lester; 2005) e o poder de influência do próprio serviço sobre as escolhas do cliente/utente (Jorge, Pinto, Quinderé et al., 2011).

Segundo Tait e Lester (2005), o utente de serviços de saúde mental pode ser um paciente, um consumidor, um sobrevivente ou um fornecedor, dependendo do papel e responsabilidade que assume e da sua relação com o serviço de saúde mental. Observar o utente como consumidor é uma ideologia recente na Europa e remete-nos para o seu poder de compra; grande parte da sociedade vê, assim, limitadas as suas opções, reduzindo ou excluindo a opção de recorrer a serviços privados (Tait & Lester, 2005, p. 168). No entanto, os utentes têm vindo a tomar partido das suas escolhas ao terem mais acesso à informação através da internet, sendo influenciados pelo consumismo e acabando por recorrer a serviços privados de saúde mental (Tait & Lester, 2005, p. 169).

Segundo um estudo realizado no Brasil (Jorge, Pinto, Quinderé et al., 2011), as tecnologias do cuidado são uma das ferramentas mais importantes na promoção da saúde mental. Entendendo por tecnologias do cuidado: o processo de escuta e acolhimento, o vínculo, a co-responsabilização e a autonomia, dispositivos das tecnologias relacionais, concebendo o acto de saúde como intersectorial. Em suma, a forma como o serviço é providenciado tem um impacto na saúde, maior que o próprio tratamento (DH, 2001, 61). Poderíamos dizer que as tecnologias do cuidado são dos factores mais importantes na promoção da saúde, pois fazem parte da informação que está ao alcance do cliente e que este pode avaliar e tomar como vantagem competitiva, como foi indicado anteriormente (Thomas, 2004, p. 34).

Em síntese, independentemente da forma como o utente for encarado, os prestadores de serviços de saúde mental devem compreender que as suas tecnologias do cuidado têm um impacto no cliente e nas suas escolhas (Jorge, Pinto, Quinderé et al., 2011; Thomas, 2004, p. 34), enquanto a comunicação em saúde mental deve promover, definir e consequentemente desmistificar o papel da saúde mental na vida dos indivíduos a vários os níveis (DH, 2011; Keyes, 2007; WHO, 2005).

Deste modo, o presente plano de comunicação incidirá a nível comunitário e individual, salientando os resultados duma boa saúde mental, a susceptibilidade percebida e os benefícios percebidos segundo o Modelo de Crenças de Saúde (Becker, 1974 *apud* Peterson e Govender, 2010), isto é, o efeito da crise na saúde mental e a facilidade de combater esse efeito. O plano de comunicação terá como público-alvo indivíduos sem doenças mentais, mas isentos de uma boa saúde mental, servindo-se de alguns objectivos do plano de acção norte-americano (DH, 2011): promover informação que relacione saúde mental com saúde física e sobre como e quando se deve procurar ajuda. Em suma,

a comunicação deve educar o público-alvo, desmistificando a saúde mental, reduzindo o estigma e atraindo clientes, visto que o utente como consumidor é uma ideologia que começa a surgir no contexto europeu (Tait & Lester, 2005).

2. METODOLOGIA

2.1 PERGUNTA DE PARTIDA E OBJECTIVOS

A escolha do tema decorreu do interesse pela área de planeamento e gestão da comunicação, sentido durante o mestrado, tendo sido definida como pergunta de partida: Quais as actividades de comunicação mais adequadas na promoção da saúde mental no caso da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves?

Como objectivos do estudo, inerentes a um plano de comunicação, foram definidos os seguintes:

- a) Identificar as condições sociopolíticas, económicas, tecnológicas e legais em que a S.P.P.B., se insere;
- b) Identificar os recursos, as oportunidades e as ameaças que a S.P.P.B. possui;
- c) Elaborar o diagnóstico da situação de mercado da S.P.P.B.;
- d) Determinar os objectivos estratégicos da comunicação e a campanha de comunicação que melhor se adequa à S.P.P.B. na sua área de acção: a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

2.2 DESENHO DE PESQUISA E TÉCNICAS DE ANÁLISE

Para alcançar os objectivos previstos e responder à pergunta de partida, o trabalho de projecto consiste num estudo de caso instrumental da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) realizado entre Junho e Novembro de 2012, empregando um método misto, isto é, recorrendo a um método qualitativo, através duma entrevista, e a um método quantitativo, através da análise de dados secundários. Segundo Stake (1995, p. 3), um estudo de caso instrumental é aquele cuja finalidade difere da compreensão intrínseca do objecto de estudo; neste caso em particular, iremos estudar algumas componentes da S.P.P.B., que servirão de instrumento para o Plano de Comunicação em si e não para um estudo aprofundado sobre a sociedade científica em questão.

As primeiras necessidades de informação inerentes à S.P.P.B. como sociedade científica, nomeadamente os seus recursos e alguns dos seus objectivos estratégicos, foram expostas à fonte¹ a dia 8 de Novembro de 2011 numa entrevista enviada por correio

¹ Isabel Almeida, assistente de *back-office*, Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) [Morada – Rua Rodrigues Sampaio, nº 138 2º - 1150-282 Lisboa | Telefone – 213538050 | e-mail: sppb@sapo.pt]

electrónico, que incluía a proposta do plano de comunicação e questões como o regime de execução, os objectivos, a metodologia, os prazos, o orçamento e os direitos e as responsabilidades das partes (Anexo 1).

Para a contextualização, para a análise PEST e para a análise do mercado, o estudo de caso sobre a S.P.P.B. usa o método quantitativo, cuja técnica consiste na análise de dados secundários, sumarizados, baseados em questionários estruturados realizados pelo Instituto Nacional de Estatística e/ou por outras organizações, como por exemplo, a Organização Mundial de Saúde. Estes dados foram recolhidos através dos *sites* oficiais das instituições referidas, durante o ano de 2012.

Para a análise da comunicação da S.P.P.B. recorreremos à informação presente na entrevista supra referida e à observação das informações presentes no *site* e no Facebook.

O plano de comunicação exige, ainda, a análise do cliente que usufrui do serviço clínico da S.P.P.B. e a determinação do público-alvo da comunicação para promoção da consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC). A análise do cliente-tipo das consultas de psicoterapia foi feita através da análise estatística de dados provenientes dos inquéritos de triagem, dados secundários facultados pela fonte por e-mail no dia 18 de Novembro de 2012 (Anexo 2).

Segundo Peck, Olsen e Devore (2011, p. 6), o processo de análise de dados consiste em seis etapas: i) Entender a natureza do problema; ii) Decidir o quê e como medir; iii) Recolha de dados; iv) Sumarização dos dados e análise preliminar; v) Análise de dados formal; e vi) Interpretação de resultados.

Deste modo, podemos identificar que o problema recai sobre a análise do cliente, que serviu de alicerce para a identificação e análise do público-alvo da comunicação para promoção do serviço supra referido. A informação necessária engloba factores inerentes à definição e análise do público-alvo: determinação da segmentação geográfica e da segmentação demográfica, que inclui idade, género e remuneração (Kotler, 2011, p. 212-234).

As limitações apresentadas pela S.P.P.B. no que toca ao acesso do investigador a informações sobre os clientes, prendem-se ao carácter confidencial e emotivo inerente às consultas de psicoterapia, sendo de extrema importância não quebrar a confiança e lealdade do cliente ao realizar um questionário generalizado para a concretização do plano supra referido, pois seria contraproducente. Por este motivo, foram facultados os dados dos inquéritos estruturados realizados pela S.P.P.B. ao cliente, aquando do seu primeiro contacto com a S.P.P.B.. Estes questionários incluem algumas das questões referidas

anteriormente, tais como: idade, género, profissão e onde tomaram conhecimento da S.P.P.B.. Devido a limitações apresentadas pela S.P.P.B. no acesso às informações e à realização de novos inquéritos, a amostra foi de 70 inquéritos realizados aos clientes; deste modo, foram utilizados dados já existentes.

Estes dados são maioritariamente de variável quantitativa e são considerados secundários, não sumarizados, baseados num questionário regular; o período escolhido é de cerca de dois anos para os inquéritos realizados aos clientes, mais concretamente entre Abril de 2010 e Outubro de 2012 (Saunders, Lewis e Tornhill, 2009).

Segundo Saunders, Lewis e Tornhill (2009, p. 268-272), as vantagens de usar dados secundários recaem sobre a poupança de recursos, o seu acesso facilitado, a possibilidade de realizar estudos longitudinais através da comparação com outros dados e a permanência dos mesmos. Entre as desvantagens, os autores apontam para a falta de controlo sobre a qualidade dos dados e a incompatibilidade dos mesmos com as necessidades do investigador.

Será importante ressaltar que para determinar o público-alvo dos clientes da CAIC, a análise dos dados restringiu-se aos dados referentes à sazonalidade, à idade e género dos clientes; visto que a CAIC incidirá sobre indivíduos com habilitações literárias e remuneração diferentes dos actuais clientes da S.P.P.B.. Não se pretende transladar actuais ou futuros clientes das consultas de psicoterapia para a CAIC.

A análise dos serviços consistiu na recolha de informação presente no *site* e no regulamento da S.P.P.B., recorrendo sempre a fonte ao surgirem dúvidas.

A análise SWOT agrupa e resume as informações presentes nos pontos anteriores, classificando-as em factores internos ou externos, considerados negativos ou positivo para a promoção da CAIC (Lindon, Lendrevie, Lévy et al., 2009, p. 451).

A determinação do orçamento e dos recursos teve como base a informação facultada pela S.P.P.B.; enquanto o cronograma foi elaborado através dum Mapa de Gantt que, segundo Saunders, Lewis e Tornhill (2009, p. 43), permite obter uma representação visual simples de tarefas ou de actividades proposta no plano de comunicação, como a divulgação através do site, do Facebook e de cartazes.

A elaboração das mensagens foi um processo criativo que teve como base os conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura sobre Marketing em Saúde, Comunicação em Saúde e em Saúde Mental, adaptando-as ao perfil do público-alvo da promoção da CAIC.

Os meios e suportes foram escolhidos com base nas informações facultadas pela S.P.P.B quanto aos seus recursos, assim como, nas investigações presentes na revisão da literatura e no público-alvo da comunicação. No plano de comunicação, foram propostas as seguintes actividades de comunicação:

- a) Divulgação da S.P.P.B., do seu modelo, da CAIC e de outras informações através do *site*, do perfil do Facebook e de vídeos no Youtube;
- b) Divulgação da S.P.P.B., dos seus contactos e da CAIC através de cartazes e folhetos em locais específicos.

Os conteúdos para o site e o Facebook, assim como os cartazes e folhetos, foram criados no Publisher, um *software* da Microsoft de fácil utilização para o design de páginas.

Por fim, disponibilizam-se mecanismos de avaliação da campanha de comunicação da CAIC com propostas como indicadores de realização e questionários aos clientes da CAIC, de forma a compreender o nível de adaptação que o plano de comunicação deve sofrer ao longo dos anos para alcançar o público-alvo.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA S.P.P.B.

Na década de oitenta, a Psicologia começou a dar passos mais definitivos na sua institucionalização e na sua definição como ciência, tendo aparecido em 1910 como um elemento subsidiário das Ciências da Educação. Em 1974, nasce a Associação Portuguesa de Licenciados em Psicologia e, em 1981, surge a Sociedade Portuguesa de Psicanálise, centrada sobretudo em médicos, mas permitindo a formação a indivíduos de outras especialidades (Borges, 1986).

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) foi constituída formal e legalmente como sociedade científica em 1986, tendo como fundadores o Dr. Pedro Lau Ribeiro, a Dra. Margarida Oliveira Lau Ribeiro e a Dra. Maria de Castro Ferrão (S.P.P.B., 2012a).

Actualmente, os corpos sociais estão compostos por dez pessoas. A Assembleia Geral da S.P.P.B. tem como Presidente a Dra. Ana Maria Morais, como secretária a Dra. Raquel Lima e como vogal a Dra. Susana Cardoso. O Conselho Fiscal está composto pela Dra. Maria Fernanda Mendes como Presidente e a Dra. Mariagrazia Luwisch e a Dra. Cristina Formosinho como vogais. A Direcção tem como Presidente a Dra. Maria Teresa Morais, como secretária a Dra. Graça Góis, como tesoureira a Dra. Isabela Botelho e como vogais a Dra. Margarida Borges de Oliveira e a Dra. Cláudia Lopes.

O Conselho Científico está composto por cinco das pessoas previamente mencionadas: a Dra. Ana Maria Morais, a Dra. Graça Góis, a Dra. Isabela Botelho, a Dra. Maria Raquel Lima e a Dra. Maria Teresa Morais.

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves tem como missão contribuir para a divulgação, formação e intervenção das psicoterapias breves baseadas num modelo que integra actualmente o quadro conceptual psicanalítico e a postura terapêutica fenomenológica-existencial, proporcionando uma formação qualificada a vários profissionais (S.P.P.B., 2012a).

Segundo os estatutos em vigor, a S.P.P.B. (2012b) procura a promoção do exercício de psicoterapias breves, no âmbito da intervenção na crise do indivíduo ou da família; a investigação científica, a formação técnica e a promoção de actividades científicas; a realização de colóquios, cursos e seminários com fins informativos; e a divulgação de artigos ou publicações periódicas.

Segundo os mesmos estatutos (2012b), as receitas da sociedade são constituídas pelo produto das quotas dos Associados, pelo produto das propinas dos cursos, seminários

ou outras actividades de formação ou aperfeiçoamento organizado para os sócios, pelo produto de inscrições em Seminários, Congressos ou outras actividades didácticas ou científicas organizadas pela sociedade, pelo produto da venda de publicações editadas pela mesma ou de quaisquer outros donativos, subsídios, legados ou participações não proibidas por Lei.

A S.P.P.B. (2012a) oferece dois cursos de formação, o Curso de Psicoterapeuta com a duração de 5 anos, e o Curso de Técnicos de Aconselhamento com a duração de 2 anos, bem como acções de formação permanente; promove ainda a realização de iniciativas científicas (como congressos, colóquios, seminários e workshops) com a colaboração de convidados nacionais e estrangeiros, e a publicação de textos informativos e científicos. Esta formação é constituída por aprendizagens de teoria e prática, supervisão e desenvolvimento pessoal. Ainda que pertença à *International Federation for Psychotherapy* (IFP), a S.P.P.B. procura até hoje cumprir as exigências apresentadas pela *European Association for Psychotherapy* (EAP), em número de horas, no que diz respeito à formação de psicoterapeutas. Com mais de duas décadas de existência, a S.P.P.B. tem proporcionado a um grande número de profissionais uma actividade formativa reconhecida pela sua qualidade.

A S.P.P.B. está localizada na actual freguesia de Santo António, onde ainda existe a Junta de Freguesia de Coração de Jesus, onde são disponibilizadas consultas de clínica geral, actos de enfermagem, uma componente de apoio à família (CAF) e o programa INTERVIR, que sensibiliza as crianças do 1º ciclo sobre os problemas da toxicodependência. No entanto, à excepção deste último, no domínio da prevenção, nenhum destes serviços recai sobre intervenções na saúde mental ao nível da intervenção primária e secundária.

Segundo as estruturas identitárias definidas por Kammerer (1988 *apud* Stuart, 2003, p. 111), a S.P.P.B. possui uma identidade de empresa única, em que todas as acções, mensagens e símbolos são transmitidos como um todo, tendo a vantagem de ser consistente.

Segundo as estruturas organizacionais apuradas por Mintzberg (1989 *apud* Stuart, 2003, p. 113), a S.P.P.B. pode ser definida como uma organização profissional, tendo como mecanismo de coordenação primário a standardização de qualificações.

Segundo Stuart (2003, p. 115), as organizações com estruturas definidas como profissionais são constituídas por especialistas que trabalham de forma relativamente

independente com ênfase no trabalho que fazem com os seus clientes, pacientes ou estudantes. Devem trabalhar de forma standardizada, com profissionalismo e de acordo com as normas éticas da sua profissão (Stuart, 2003, p. 116).

Adicionalmente, os profissionais podem vir a ser mais leais à sua profissão do que à entidade que os emprega e os próprios clientes estão mais ligados ao profissional que os acompanha do que à entidade (Stuart, 2003, p. 116).

Em seguimento, aborda-se a contextualização macro e microambiental em que a S.P.P.B. se insere, começando por uma análise externa (análise PEST) que acaba por influenciar os recursos da S.P.P.B., dos seus clientes e do mercado, também estudados. Por fim, procede-se à análise dos serviços que, em conjunto com os pontos anteriores, completa a análise SWOT, onde se identificam as oportunidades e as falhas presentes em todos estes microcosmos.

3.1 ANÁLISE PEST

A. ANÁLISE LEGAL E POLÍTICA

Em 2010, nasceu a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) que, neste momento, aguarda a entrada na Federação Europeia de Associações de Psicólogos (EFPA) e tem em curso diversos processos de valorização da profissão (OPP, 2011a). A partir de Janeiro de 2011, a OPP exigiu que várias instituições remetessem informações sobre todos os psicólogos que se encontrassem em funções, a fim de garantir o exercício da Psicologia apenas aos detentores do título profissional, regulado pela OPP, e com a situação regularizada. A partir de então, a OPP tornou obrigatória a inscrição na Ordem para se exercer funções no âmbito da Psicologia (OPP, 2011b).

A OPP determinou o Código Deontológico da profissão, publicado no Diário da República, 2.^a série — N.º 78 — 20 de Abril de 2011. O Código Deontológico refere que o psicólogo deve promover a autonomia e a autodeterminação do cliente, deve manter a confidencialidade, encarando a participação voluntária do cliente num acto psicológico como um consentimento informado de todas as variantes inerentes ao acto (OPP, 2011b).

Ainda que as acções da Ordem dos Psicólogos Portugueses afectem a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, na medida em que promovem a profissão e a

qualidade dos serviços prestados, a S.P.P.B. é membro da *International Federation for Psychotherapy* (IFP) e tem de seguir as suas exigências. Ainda que a Ordem dos Psicólogos Portugueses comece a estabelecer critérios para o exercício da Psicologia em Portugal, não existem entidades que regulem o exercício da Psicoterapia.

B. ANÁLISE ECONÓMICA

No último trimestre de 2011, o produto interno bruto (PIB) diminuiu como consequência da diminuição da procura interna, destacando-se a diminuição das Despesas de Consumo Final das Famílias e do Investimento (INE, 2012, p. 10). Em Fevereiro de 2012, Portugal apresentava uma taxa de desemprego de 14%, com um aumento de 1.6% referente ao período homólogo (INE, 2012, p. 15). Está instalada uma crise económica de proporções internacionais que, em Portugal, resultou num pedido de assistência financeira à Comissão Europeia.

Para reduzir os gastos em fármacos, a indústria farmacêutica tem sofrido várias reformas, nomeadamente a redução de comparticipações e redução dos preços, que continuam a não estar ao alcance das famílias mais necessitadas (Barros & Simões, 2007, p. 119). No caso dos psicofármacos, esta redução de comparticipações pode vir a traduzir-se na necessidade de um apoio externo, como as consultas de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

C. ANÁLISE SOCIAL

A actual situação demográfica, com resultados definitivos pós-censitários, revela poucas alterações no panorama português (INE, 2012b). Segundo o mesmo relatório do INE (2012a), entre 2001 e 2011, a população idosa cresceu 3%, o que pressupõe um índice de envelhecimento da população de 128, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Adicionalmente, o índice de rejuvenescimento da população activa era cerca de 94, indicando que pioraram as condições de sustentabilidade e rejuvenescimento da população activa (INE, 2012b). Este indicador reflecte-se num crescimento acentuado de cerca de 49% no número de famílias institucionais que vive em estabelecimentos de apoio social, face aos números de 2001; foi ainda apurado que das pessoas a residir em

estabelecimentos de apoio social a maioria são idosos e mulheres, sendo a população acima dos 70 anos a mais representada nestes estabelecimentos (INE, 2012b).

Em 2011, a sub-região da Grande Lisboa tem a menor taxa de analfabetismo (3,2%) e continua a ser uma das grandes bolsas de população flutuante, assistindo-se a um aumento das deslocações intermunicipais na última década (INE, 2012b).

O relatório da WHO, “Impact of Economic Crisis on Mental Health”, demarca um crescimento de indivíduos com problemas de saúde mental, devido à crise económica europeia. O relatório correlaciona, ainda, o impacto negativo da saúde mental na saúde em geral e o impacto da saúde mental dos pais nos filhos e em futuras gerações (WHO, 2011b).

Segundo o relatório dos autores Pedro Barros e Jorge Simões para a Organização Mundial de Saúde (Barros e Simões, 2007), os serviços de saúde mental locais ou regionais, baseados no apoio comunitário, são a base do sistema nacional de saúde e as suas equipas são multidisciplinares e servem uma população de 80.000 pessoas.

Segundo o Ministério da Saúde (2008, p. 9), o modelo de gestão e financiamento dos serviços nacionais de saúde mental é disfuncional, evidenciando uma assimetria na distribuição de recursos humanos e financeiros, salientando outros pontos como:

- A reduzida participação de utentes e familiares;
- A escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental;
- A limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis;
- A quase total inexistência de programas de promoção/prevenção.

Por outro lado, o relatório “Evidência científica sobre custo-efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde” da OPP afirma que “a intervenção psicológica constitui-se como um instrumento com potencialidade para contribuir para a melhoria da saúde da população, para contenção dos custos no sector e para a produtividade do país” (OPP, 2011c, p. 47);

Segundo o mesmo relatório, 10 a 20% das pessoas que recorrem aos centros de saúde apresentam problemas psicológicos. O aumento da prevalência de problemas de saúde mental, que se encontra acima da média europeia, recai sobre a recorrência dos indivíduos aos centros de saúde e à consequente ingestão fármacos (OPP, 2011c, p. 4-5).

O actual Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2008, p. 20) prevê uma reestruturação dos serviços nacionais de saúde mental, com a intenção de que os

novos departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais passem a assegurar todos os serviços locais de saúde mental.

D. ANÁLISE TECNOLÓGICA

Segundo o INE (2012c), nos primeiros três meses de 2012, 60,3% dos portugueses entre os 16 e os 74 anos utilizaram a internet, sendo que a pesquisa de informação sobre saúde esteve entre as primeiras cinco actividades efectuadas na internet em Portugal entre 2006 e 2010 (INE, 2010).

Ao utilizarmos um motor de busca surgem diversos *sites* que oferecem diagnósticos, referentes a problemas físicos e mentais, através de questionários simples, anónimos e confidenciais. Para além de que, poucos anos após o surgimento da internet, certas entidades passaram a realizar os seus serviços de psicoterapia através deste meio, prática denominada por *e-therapy* (Manhal-Baugus, 2001; Postel, Haan & Jong, 2008, p. 707; Robinson, 2009).

Vários investigadores determinaram que o facto das intervenções terapêuticas serem executadas *online* não diminuía o sucesso das mesmas, principalmente se existia um terapeuta envolvido (Postel, Haan & Jong, 2008, p. 708).

Após avaliar 14 estudos sobre programas de *e-therapy*, Postel, Haan e Jong (2008, p. 712) determinaram que os estudos de boa qualidade eram poucos, salientando, ainda, a importância das *e-therapy* serem realizadas por bons terapeutas, pois todas as terapias dependem do bom senso e sensibilidade do terapeuta.

Apesar de não existirem estudos empíricos conclusivos, os investigadores parecem concordar que a personalidade é um elemento chave para o sucesso e adequação dos programas terapêuticos *online*, visto que nem todos os indivíduos devem adoptar este tipo de tratamento (Robinson, 2009).

3.2 ANÁLISE DOS RECURSOS DA S.P.P.B.

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) indicou possuir uma ambição mediana (Anexo 1) e a Presidente da Direcção² admitiu que tinham alguns preconceitos quanto à exposição ao público, temendo alguma desvalorização por parte de outras sociedades científicas. Provavelmente devido à conjuntura económica e política que actualmente se observa em Portugal, a S.P.P.B. não está disposta a tomar riscos nas actividades de comunicação que iniciar (Anexo 1).

A nível financeiro, a situação da S.P.P.B. encontra-se equilibrada, tendo disponibilizado 1.200€ (mil e duzentos euros) para as actividades de comunicação propostas no presente plano de comunicação (Anexo 1). Se a situação se mantiver equilibrada, a S.P.P.B. prevê poder disponibilizar a mesma quantia anualmente para actividades semelhantes.

A nível tecnológico, a S.P.P.B. afirmou estar equipada de acordo com as suas necessidades, tendo quatro computadores com o sistema Windows e acesso à internet, dois projectores e uma máquina de filmar; aparelhos que costumam usar nos cursos de formação e em acções científicas.

Num contacto telefónico com a fonte³, relacionado com os recursos humanos disponíveis, foi indicado que a S.P.P.B. dispõe de uma assistente de *back-office* e 57 associados: 42 sócios psicoterapeutas efectivos e 15 sócios técnicos de aconselhamento.

No mesmo contacto telefónico, em termos de disposição espacial, foi indicado que a S.P.P.B. dispõe de sete salas de consulta que são cedidas aos sócios e aos formandos, enquanto outras duas salas adicionais são utilizadas como cozinha e sala de espera e, ainda, três casas de banho.

No que diz respeito à tendência de “vendas” (novos clientes e clientes permanentes) e *share* dos últimos anos, a S.P.P.B. identificou um ligeiro aumento a partir de Setembro de 2011, indicando também que os lucros têm sido direccionados para os investimentos (Anexo 1).

² Contacto telefónico com a Dra. Ana Maria Morais

³ Isabel Almeida, assistente de *back-office*, Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) [Morada – Rua Rodrigues Sampaio, nº 138 2º - 1150-282 Lisboa | Telefone – 213538050 | e-mail: sppb@sapo.pt]

3.3 ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) indicou ainda que, de momento, utilizam os seguintes meios para promover os seus serviços: o *site* oficial da S.P.P.B., a rede social Facebook, as listas telefónicas, a publicação da Revista Psicoterapia Breve; tendo, todavia, celebrado protocolos com diversas instituições e realizado o XI Encontro em Fevereiro de 2012 (Anexo 1).

Sempre que possível, a S.P.P.B. utiliza a cor do seu logótipo, isto é, algumas das imagens do Facebook ou mesmo o *site* estão em tons de azul.

O *site* da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves está no domínio <http://www.sppb.pt> e foi remodelado no princípio deste ano, divulgando informações sobre a S.P.P.B., os estatutos, o regulamento interno, os serviços, as publicações, os seminários, entre outros. A remodelação afectou o aspecto visual do *site*, passando a apresentar duas imagens em movimento criadas em Adobe Flash, imagens impossíveis de visualizar em Iphone e Ipad, mas que não impedem a navegação, nem a atrasam.

O *site* é também utilizado para promover as inscrições nos cursos de formação e os últimos dois Encontros, realizados em Dezembro 2009 e em Fevereiro 2012, disponibilizando o programa e o resumo das comunicações.

O *site* tem a opção de partilha do mesmo no Facebook e um formulário *online* de adesão à newsletter, mas por não ter muita adesão não foi criada.

Ilustração 1 - Site da S.P.P.B.



A S.P.P.B. está presente no Facebook desde 19 de Julho de 2011 (no domínio <http://www.facebook.com/psicoterapiasbreves>), altura em que a direcção observou um crescimento de serviços similares nas redes sociais, sentindo assim a necessidade de também estarem presentes.

Ilustração 2 – Cabeçalho do perfil do Facebook da S.P.P.B. (Dez 2012)



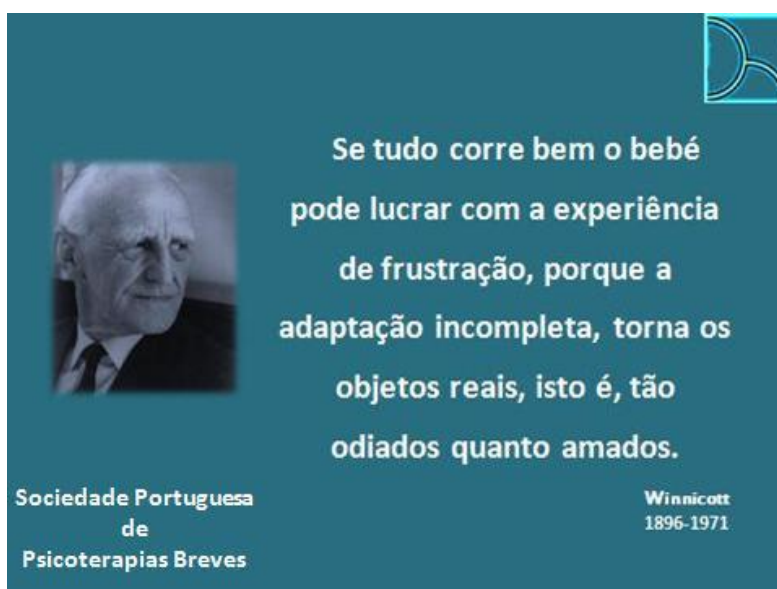
Desde então, pela mão de um dos membros titulares do Conselho Científico, a S.P.P.B. faz em média um *post* por dia de carácter informativo sobre psicoterapia, psicanálise, filosofia, entre outros, o que lhe permitiu alcançar quase os 4500 “amigos” até Dezembro de 2012.

Quando a S.P.P.B. partilha imagens, estas são acompanhadas de uma mensagem de carácter informativo ou citações, com imagens de quadros de pintores conhecidos ou fotografias do autor da citação utilizada (ver

Ilustração 3). Estas imagens são criadas no Paint ou no Word, Em contrapartida, foi criado um perfil no Facebook e não uma página, por esta razão a S.P.P.B. não poderá ter mais do que 5000 “amigos”, número a partir do qual as pessoas terão de “subscriver” a página.

Enquanto as imagens partilhadas têm citações em português, a maioria dos *sites* partilhados encontram-se em línguas estrangeiras, frequentemente em francês ou inglês, acompanhados de uma síntese em português, facultada pela S.P.P.B. No mês de Junho de 2012, a maioria dos *posts* teve mais de doze *likes*, chegando um deles aos 39 *likes*.

Ilustração 3 - Tipo de imagem partilhada no Facebook



Desde Janeiro de 2012, altura em que passou a estar mais activa no Facebook, a S.P.P.B. fez *like* em várias páginas de universidades e faculdades, cujos alunos pudessem estar interessados no curso de formação.

Durante o último ano, a S.P.P.B. utilizou o Facebook para promover diversas actividades, tais como: o XI Encontro da S.P.P.B. em Janeiro e Fevereiro de 2012, os seminários de sensibilização ao modelo integrado em Maio, a abertura das inscrições para os cursos de formação em Setembro, o seminário clínico orientado por Vítor Cotovio (destinado a membros e formandos da S.P.P.B.) em Novembro, entre outros.

Sendo uma sociedade sem fins lucrativos e levada pelo estigma associado à comunicação em saúde, a S.P.P.B. tem vindo a promover os cursos de formação e o encontro anual sem uma mensagem promocional.

Ilustração 4 – Promoção do Curso de Formação de Psicoterapeuta



Ilustração 5 - Promoção do XI Encontro no Facebook



Salvo raras exceções, como foi o caso do *design* do *site* actual, toda a comunicação é produzida pela S.P.P.B. e por vezes impressa em tipografias como a ADFA - Associação dos Deficientes das Forças Armadas ou mesmo na própria sociedade, como foi o caso de alguns materiais referentes ao XI Encontro.

Ilustração 6 - Cartão de identificação utilizado no XI Encontro



A S.P.P.B. está ainda disponível no Twitter (no domínio <https://twitter.com/SPPBOnline>) onde fez apenas um “tweet” em 2009 e onde disponibiliza o endereço do *site*.

Adicionalmente, a morada e contactos da S.P.P.B. estão em diversos *sites* nacionais de informações gerais, nomeadamente nas Páginas Amarelas *online* (PAI) e no *HotFrog*; e no *site* português da área – “Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos”.

3.4 ANÁLISE DO CLIENTE

A denominada “entrevista de triagem” está composta por uma conversa informal e por um pequeno questionário de carácter confidencial, efectuados pela Isabel Almeida. Como assistente de *back-office* da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) com formação em Psicologia, a Isabel Almeida procura obter as informações necessárias para a primeira consulta de um qualquer psicoterapeuta já referenciado ou para “entrevista de triagem”, sempre que o cliente não tem preferência ou referência específica. A denominada “entrevista de triagem” é efectuada por um dos cinco elementos do “Grupo de triagem”, todos eles membros Titulares da S.P.P.B., esta compreende um pequeno questionário de carácter confidencial e uma conversa informal onde se procura obter as informações necessárias para a referência a o psicoterapeuta mais adequado

às necessidades do potencial cliente dentro dos recursos humanos disponíveis, sempre que este seja maior de idade.

Nem todos os indivíduos que comparecem à entrevista de triagem se tornam clientes efectivos, fazendo por ignorar qualquer contacto posterior efectuado pela S.P.P.B.. Como referimos, estão isentos desta entrevista indivíduos a quem lhes foi recomendado/indicado recorrer a um psicoterapeuta em particular.

Entre Abril de 2010 e Outubro de 2012, a S.P.P.B. teve pelo menos 70 novos clientes, o que dá uma média de dois novos clientes por mês. No entanto, segundo a fonte⁴, registou-se uma descida na afluência de clientes para entrevistas de triagem em Dezembro, Janeiro e Fevereiro de cada ano.

Durante o período supra referido, setenta indivíduos passaram de potenciais a actuais clientes das consultas de psicoterapia. Destes setenta indivíduos questionados, mais de metade são do sexo feminino (43) e 34% são do sexo masculino (24), sendo que três dos clientes não responderam à pergunta.

Gráfico 1- Género dos clientes admitidos entre 2010 e 2012



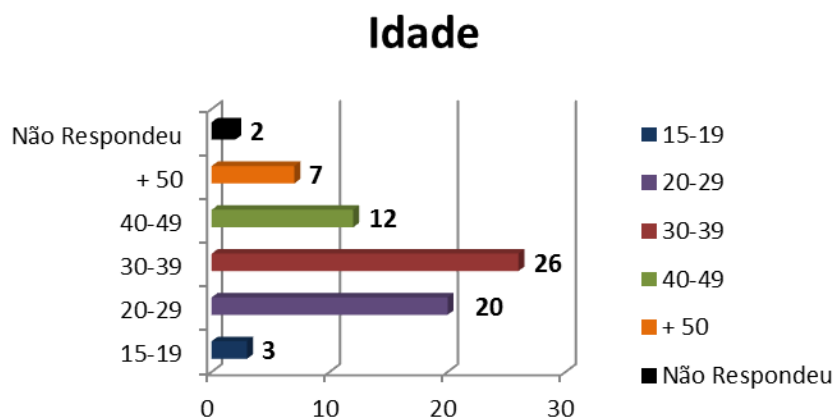
No que toca ao estado civil, na sua maioria os clientes são solteiros (39). Onze dos setenta são casados, havendo apenas cinco divorciados e dois que indicaram viver em união de facto; sendo que dois indivíduos não responderam a esta questão.

Quanto à idade, a maior parte dos clientes (26) encontra-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Dos setenta, vinte encontram-se na faixa etária dos 20 aos 29 anos e doze entre os 40 e os 49 anos. Revela-se por isso uma maior adesão por parte de jovem-adultos

⁴ Contacto telefónico com a fonte, Isabel Almeida, assistente de *back-office*, Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) [Morada – Rua Rodrigues Sampaio, nº 138 2º - 1150-282 Lisboa | Telefone – 213538050 | e-mail: sppb@sapo.pt]

e adultos, visto que com 50 anos ou mais têm 7 clientes e da camada mais jovem apenas três. Do total, dois não responderam a esta questão.

Gráfico 2 - Idade dos clientes admitidos entre 2010 e 2012



De acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP), a maioria dos clientes (quase 30) pertencem ao Grande Grupo 2 de Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, com profissões diversificadas, entre elas: enfermeiros, engenheiros e docentes. O resto dos clientes pertence na sua maioria ao Grande Grupo 3 de Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio ou são estudante, havendo ainda um pequeno número de representantes de outros Grandes Grupos como uma operadora de telemarketing, um pasteleiro, uma secretária, entre outros.

Ao cruzarmos a informação, podemos observar que o cliente-tipo das consultas de psicoterapia é um indivíduo do sexo feminino, jovens adulto ou adulto, com uma formação superior e/ou um cargo superior ou intermédio numa empresa.

Tendo em conta a faixa etária, as profissões dos clientes da S.P.P.B. e o próprio valor das consultas de psicoterapia, podemos deduzir que o cliente tem um poder de compra acima da média.

Os clientes da S.P.P.B. tomaram conhecimento dos seus serviços clínicos através de pessoas que conhecem, de antigos ou actuais clientes da S.P.P.B., das páginas Amarelas, do próprio *site* da SPPB, de médicos de Clínica Geral e de algumas instituições.

3.5 ANÁLISE DO MERCADO

A S.P.P.B. está localizada na freguesia de Coração de Jesus, cuja junta de freguesia disponibiliza uma componente de apoio à família (CAF) e o programa INTERVIR, que sensibiliza as crianças do 1º ciclo sobre os problemas da toxicodependência. No entanto, à excepção deste último, no domínio da prevenção, nenhum destes serviços recai sobre intervenções na saúde mental ao nível da intervenção primária e secundária.

Por outro lado, o Centro Hospitalar de Lisboa Central tem uma Unidade de Psicologia Clínica com a missão de prestar de ajuda psicológica e psicoterapêutica, orientada para a adaptação aos processos de doença a todos os utentes com indicação e uma Área de Apoio Social. O mesmo Centro Hospitalar tem ainda a especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, fazendo intervenções terapêuticas nos problemas de Saúde Mental das crianças e dos adolescentes até aos 18 anos e às suas famílias. O Centro Hospitalar de Lisboa Central inclui o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Dona Estefânia, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa; hospitais que servem o centro de Lisboa e que se encontram perto da S.P.P.B..

No que concerne às consultas de psicoterapia no sector privado, a maioria das clínicas ou sociedades oferece preços similares aos da S.P.P.B., variando sensivelmente entre 50 e 80 euros como podemos verificar pelos diversos *sites*. Não obstante, algumas clínicas praticam preços bastante reduzidos, como por exemplo a clínica TerraCalma (<http://www.terracalma.com>), que ao recorrer ao Google Ads ganha grande destaque, anunciando as consultas de psicoterapia a 25€.

3.6 ANÁLISE DOS SERVIÇOS

A consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC) exige um nível baixo de comprometimento por parte do cliente, não sendo necessário que recorra periodicamente à mesma. O modelo de *counselling* supõe um apoio pontual e breve por parte dum técnico de aconselhamento ou dum psicoterapeuta a um assunto que possa estar a perturbar a vida do cliente (S.P.P.B., 2012a).

A CAIC tem por objectivos disponibilizar aos formandos mais prática supervisionada, preparando-os melhor para o desenvolvimento da actividade com autonomia e dar resposta a uma necessidade real da comunidade em que se insere.

Com o valor de 30€ por sessão, a CAIC contrasta com as consultas de psicoterapia pela periodicidade exigida e pelo seu valor (50€ por sessão).

O conceito de aconselhamento acompanha a S.P.P.B. desde da sua criação; porém, só agora se tornou necessária a sua implementação e promoção, dada a conjuntura económica actual que pressupõe um poder de compra mais baixo para quase todas as camadas da população (S.P.P.B., 2012a).

3.7 ANÁLISE SWOT

A análise SWOT foi elaborada com base nas demais análises presentes neste capítulo de contextualização da S.P.P.B., assim como na bibliografia usada para as mesmas. Esta análise pretende concluir e organizar as informações supra referidas, de forma a identificar os pontos positivos e negativos internos e externos à Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (Lindon, Lendrevie, Lévy et all., 2009, p. 451).

Tabela 1 - Análise SWOT

	POSITIVO	NEGATIVO
	FORÇAS (STRENGTHS)	FRAQUEZAS (WEAKNESSES)
	ANÁLISE INTERNA <ul style="list-style-type: none">• A actividade exercida pela S.P.P.B. exige a utilização dum espaço físico, mas não requer qualquer investimento em tecnologias ou infra-estruturas específicas;• A realização de iniciativas científicas (como congressos, colóquios, entre outros) com a colaboração de convidados nacionais e estrangeiros e a publicação de textos informativos e científicos por parte da S.P.P.B.;	<ul style="list-style-type: none">• A consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC) depende do número de formandos disponíveis. Por sua vez, os cursos de formação exigem um grande comprometimento financeiro por parte dos formandos, o que supõe uma baixa adesão a este tipo de formação;• O estado embrionário de lançamento da CAIC;• A oferta de dois serviços clínicos similares de valor distinto por parte da S.P.P.B. pode vir a traduzir-se em uma distribuição errada dos clientes;

ANÁLISE INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • A nível financeiro, a situação da S.P.P.B. encontra-se equilibrada; • A S.P.P.B. já possui uma grande presença no Facebook e um bom número de seguidores; 	<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura profissional leva os trabalhadores a identificarem-se mais com a profissão do que com a organização (Stuart, 2003, p. 116).
ANÁLISE EXTERNA	OPORTUNIDADES (OPPORTUNITIES)	AMEAÇAS (THREATS)
	<ul style="list-style-type: none"> • A S.P.P.B. tem a vantagem de existir como sociedade científica há 26 anos e de ter uma postura terapêutica bem definida; • Os estudos recorrentes demonstram a importância de manter uma saúde mental estável (OPP, 2011c); • A inexistência de serviços de aconselhamento ou de apoio à saúde mental na junta de freguesia em que está localizada; 	<ul style="list-style-type: none"> • O forte clima de instabilidade económica em que se encontra o país; • A inexistência de entidades que regulem o exercício da Psicoterapia em Portugal; • A crescente oferta de serviços similares por várias entidades na zona da Grande Lisboa, o que pressupõe mais concorrência; • A utilização de publicidade por parte das entidades que oferecem serviços similares a um custo mais acessível;

ANÁLISE EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • A Ordem dos Psicólogos Portugueses regula e promove os psicólogos e a qualidade dos serviços prestados (OPP, 2011b); • A redução de comparticipações em fármacos e psicofármacos pode vir a aumentar a necessidade de um apoio externo (Barros & Simões, 2007, p. 119); • A instabilidade económica traduz-se num crescimento de indivíduos com problemas de saúde mental com impacto sobre gerações futuras (WHO, 2011b); • A pesquisa de informação sobre saúde está entre as primeiras cinco actividades efectuadas na internet desde 2006 (INE; 2010); <p>O lançamento da Campanha de Luta Anti-Estigma: Unidos para Ajudar (UPA) em 2007 ajuda a (Ministério da Saúde, 2008, p. 51)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A oferta de serviços de psicoterapia <i>online</i> (Manhal-Baugus, 2001; Postel, Haan & Jong, 2008, p. 707; Robinson, 2009); <p>A criação de novos departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais, com vista a assegurar todos os serviços locais de saúde mental (Ministério da Saúde, 2008, p. 20);</p>
-----------------	---	--

Como podemos observar, sobressaem os pontos positivos (oportunidades e forças) face aos negativos, sendo por isso importante haver uma melhor comunicação da oferta de serviços da S.P.P.B. e da própria consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

4. OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DO PLANO DE COMUNICAÇÃO

4.1 PÚBLICO-ALVO DA COMUNICAÇÃO

O perfil do cliente das consultas de psicoterapia é um indivíduo do sexo feminino entre os 20 e os 39 anos, com uma profissão que lhe permite ter um poder de compra acima da média. Para divulgar a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC), procura-se atingir a população fora deste espectro para que não haja transferência de potenciais clientes das consultas de psicoterapia.

Por este motivo, o público-alvo desta comunicação incide sobre indivíduos de ambos os géneros, predominantemente feminino, acima dos 40 anos, com um poder de compra abaixo da média, que se insira na classe social C2 (média-baixa) ou D (baixa) e que faça parte da população sem actividade económica (doméstica, reformada, aposentada, na reserva ou incapacitada permanente para o trabalho) ou cuja profissão se insira num dos seguintes grupos: Grande Grupo 5 (Pessoal dos Serviços e Vendedores), Grande Grupo 6 (Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas), Grande Grupo 7 (Operários, Artífices e Trabalhadores Similares), Grande Grupo 8 (Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem), Grande Grupo 9 (Trabalhadores Não Qualificados) e Grande Grupo 0 (Forças Armadas).

Tendo em conta o poder compra do público-alvo e a localização central da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves com acesso aos principais transportes públicos desta zona (CARRIS e Metropolitano), a nível demográfico o público-alvo do presente plano de comunicação reside no município de Lisboa.

Para alcançar este público-alvo, divulgaremos a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC) nos espaços físicos nas juntas de freguesia, nos hospitais, nos centros de dia e noutros locais similares próximos da S.P.P.B..

4.2 OBJECTIVOS DA COMUNICAÇÃO

Com o prazo de um ano, o presente plano de comunicação tem como objectivo principal promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC), sem recorrer aos meios de comunicação tradicionais.

Adicionalmente espera-se alcançar os seguintes objectivos:

Tabela 2 - Objectivos da Comunicação

1) Angariar clientes para a CAIC.	3 meses
2) Informar a comunidade sobre os benefícios de recorrer ao aconselhamento; 3) Informar a comunidade sobre os benefícios de manter uma saúde mental saudável. 4) Aumentar a receita da S.P.P.B., através da consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).	6 meses
5) Promover a S.P.P.B. e aumentar a sua visibilidade, ao promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC); 6) Informar com clareza e detalhe todos os potenciais interessados sobre as psicoterapias breves baseadas no quadro conceptual e na postura terapêutica supra referidos.	1 ano

Desta forma, os objectivos a curto e médio prazo servem para alcançar os objectivos propostos a longo prazo.

4.3 ORÇAMENTO, RECURSOS E PRAZOS

Tal como tem feito até agora, a S.P.P.B. continuará a desenvolver uma agência *in-house*; o que supõe menos experiência em publicidade, menos objectividade e flexibilidade, mas também menos custos, mais controlo e maior coordenação de todos passos da campanha, tal como refere Belch (2003, p. 75-76). Recorrendo a serviços de *outsourcing* para a impressão final dos materiais de maior dimensão ou número, como a tipografia da ADFA - Associação dos Deficientes das Forças Armadas.

A nível financeiro, a S.P.P.B. disponibilizou 1.200€ (mil e duzentos euros) para as actividades de comunicação propostas no presente plano de comunicação (Anexo 1), com o intuito de poder disponibilizar anualmente a mesma quantia para actividades semelhantes.

Tabela 3 - Orçamento

Meio	Suporte	Frequência ou Unidades	Valor disponibilizado
Meios Representativos / Media Communication			
<i>Internet</i>	Site da SPPB: www.sppb.pt	Mudanças trienais	500€
	Canal do Youtube	Criação mensal ou bimestral de vídeos	0€
	Facebook: www.facebook.com/psicoterapiasbreves	Diário	20€
	Sites de Informação	Anual	0€*
<i>Imprensa</i>	Cartazes A3	5 a 20 unidades	30€
	Cartazes A4	20 e 30 unidades	15€
	Folhetos	200 a 250 unidades	115€
	Roll-Up	1 a 2 unidades	300€
Meios Apresentativos / Non-Media Communication			
Espaço institucional ou privado	Parcerias e Sessões informativas	--	0€**
Total:			980,00 €

* Para os *sites* de informação destinados aos Cidadãos disponibiliza-se o valor que restar do resto das actividades, uma vez que nem todos os *sites* determinam um custo para divulgarem informações.

**A parceria irá supor uma oferta de valor acrescentado para a instituição, visto que os seus associados terão acesso à consulta de aconselhamento e intervenção comunitária, ou seja, as instituições pagarão o serviço prestado. A S.P.P.B. por sua vez

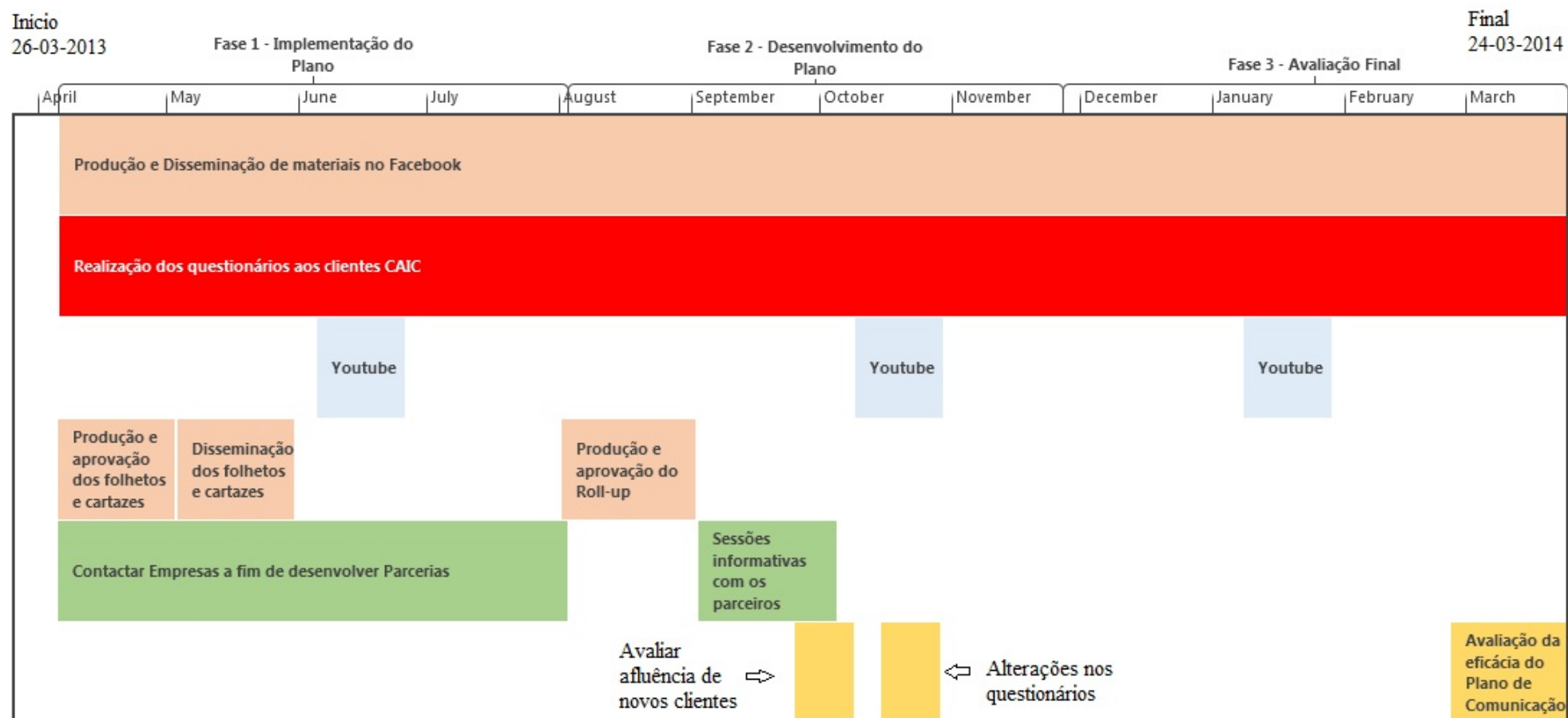
deve sugerir a realização duma sessão informativa, durante a qual a instituição disponibilizará o local.

PRAZOS

Tabela 4 - Duração de cada Actividade

Nome da Actividade	Duração
Entrega Plano de Comunicação	26/03/2013
Fase 1 - Implementação do Plano	17 semanas
Produção e Disseminação de materiais no Facebook	51 semanas
Realização dos questionários aos clientes CAIC	51 semanas
Produção e Disseminação de materiais no Youtube	3 semanas
Contactar Empresas a fim de desenvolver Parcerias	17 semanas
Produção e aprovação dos folhetos e dos cartazes A4 e A3	4 semanas
Disseminação dos folhetos e dos cartazes A4 e A3	4 semanas
Fase 2 - Desenvolvimento e pré-avaliação do Plano	17 semanas
Avaliar afluência de novos clientes para a CAIC	2 semanas
Avaliar e determinar necessidade de fazer alterações nos questionários	2 semanas
Produção e disseminação de materiais no Youtube	3 semanas
Produção e aprovação do Roll-up	5 semanas
Realização de sessões informativas junto dos parceiros	5 semanas
Fase 3 - Avaliação Final	17 semanas
Produção e disseminação de materiais no Youtube	3 semanas
Avaliação da eficácia do Plano de Comunicação	4 semanas

Gráfico 3 - Mapa de Gannt



5. PLANO DE COMUNICAÇÃO DA S.P.P.B.

5.1 ELABORAÇÃO DAS MENSAGENS

No que concerne à comunicação em saúde, Knutson (1967, p. 114) identifica os quadros referenciais operantes: o significado (*meaning*), a relevância (*relevance*) e a validade/solidez (*validity/soundness*); salientando que existe, frequentemente, um fosso entre as intenções do comunicador e as interpretações/críticas do interlocutor no que toca a estes três factores. Já mais recentemente, Rimal e Lapinski (2009) indicaram que as intervenções da comunicação são recebidas e processadas por prismas individuais e sociais, que determinam o que os indivíduos identificam da mensagem, através dum processo de exposição selectiva, e o significado que lhe dão (percepção selectiva), dependendo de factores individuais e níveis macro-sociais. Esperamos “combater” estas questões com mensagens claras, directas, inteligíveis e universais, que informem correctamente e que desmistifiquem crenças na saúde mental (McNab, 2009; Oliver, 1990; Teixeira, 2004, p. 617-618; WHO, 2009).

As mensagens devem dar início ao processo através do qual se capacita os indivíduos, informando e influenciando as suas decisões para que assumam controlo da sua saúde, a promovam e a melhorem, para que previnam problemas e/ou para que sejam encaminhados para o serviço mais adequado, de forma a obterem melhores resultados (Teixeira, 2004; WHO, 2009). Não se pretende mudar atitudes, pois seria necessário um processo longo e complexo (Griffiths e Knutson, 1960, p. 518), mas sim facilitar a procura de ajuda e, consequentemente, informar e contribuir para a redução do estigma e para melhorar os serviços, divulgando a própria S.P.P.B como mecanismo para tal (DH, 2001, p. 62).

As mensagens incidem a nível individual, expondo a análise de custo-benefício da ameaça percebida e da realização do comportamento, tendo em conta o Modelo de Crenças de Saúde (Becker, 1974 *apud* Peterson e Govender, 2010), isto é, salientar a probabilidade de possuir a doença, a sua gravidade e efeitos, a eficácia de várias acções para reduzir a susceptibilidade de contrair a doença, desmistificando as potenciais dificuldades em realizar uma acção saudável, se possível.

Devemos ainda ter em conta que os próprios clientes estão mais ligados ao profissional que os acompanha do que à entidade; sendo importante salientar o laço terapêutico e a relação humana (Stuart, 2003, p. 116).

Através de um processo criativo que teve como base os estudos supra referidos, adequando ao perfil do público-alvo do presente plano, fornecemos mensagens-tipo onde podemos observar a seguinte fórmula: é apresentada uma situação / um problema e a solução é rapidamente oferecida. A fórmula escolhida advém da necessidade de manter uma estrutura simples para o emissor, que irá a desenvolver uma agência *in-house*, e de manter uma estrutura sólida para o receptor/cliente (Knutson 1967, p. 114).

Sugestão de mensagens para promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC):

- a) A crise afecta o seu bolso... e a sua cabeça. Fale connosco.
- b) Envelheça com uma mente saudável! Fale connosco.
- c) Sente-se incompreendido? Fale connosco.
- d) A solidão não traz felicidade. Fale connosco.
- e) O bem-estar não se compra, mas é acessível. Fale connosco.
- f) Procura bem-estar?. Fale connosco.

São utilizados temas próximos da realidade do público-alvo da comunicação, isto é, a crise, a solidão e a procura pelo bem-estar, que podem ser acompanhados por imagens simbólicas.

Ilustração 7 - Exemplo de Mensagem



Todas estas mensagens são acompanhadas por um mote final:



Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária (CAIC)

Adapta-se às suas necessidades!



Tal como referido anteriormente, a escolha de mensagens claras e inteligíveis com temas próximos da realidade do público-alvo da comunicação torna-se uma tentativa de reduzir o fosso entre as intenções do comunicador e as interpretações/críticas do interlocutor, no que toca aos três factores identificados por Knutson (1967, p. 114): o significado (*meaning*), a relevância (*relevance*) e a validade/solidez (*validity/soundness*). Assim como um meio para capacitar os indivíduos, informando-os e influenciando as suas decisões para que assumam controlo da sua saúde e se dirijam ao local adequando para falar sobre o que os incomoda, de forma a obterem melhores resultados (Teixeira, 2004; WHO, 2009).

5.2 MEIOS E SUPORTES

Como indicado previamente, tal como noutros serviços de saúde, as consultas de psicoterapia e de aconselhamento incorporam uma componente emocional para o cliente e a recorrência às mesmas é esporádica (Thomas, 2004, p. 34). Consequentemente, para além da sua divulgação é importante investir nas tecnologias do cuidado, como os dispositivos das tecnologias relacionais referidos anteriormente, concebendo o acto de saúde como intersectorial (Jorge, Pinto, Quinderé et al., 2011).

Segundo Rimal e Lapinski (2009), a comunicação em saúde deve ter uma abordagem multidisciplinar, visto que o comportamento humano reside em múltiplos níveis que se reforçam mutuamente e deve esforçar-se continuamente para ir ao encontro das suas audiências identificando o seu nível de uso tecnológico, devido à rápida mudança dos canais de comunicação. Segundo o INE (2012c), nos primeiros três meses de 2012, 60,3% dos portugueses entre os 16 e os 74 anos utilizaram a internet, pelo que vamos incidir, ainda que levemente, sobre este meio de comunicação.

A campanha comunicacional, cujos objectivos foram supra referidos, servir-se-á dos seguintes meios e suportes:

Tabela 5 - Meios e Suportes para promoção da CAIC

Meio	Suporte	Tipo de Comunicação	Frequência de Actuação
Meios Representativos / Media Communication			
<i>Internet</i>	Site da SPPB: www.sppb.pt	Comunicação escrita e visual	Trienal
	Canal do Youtube	Comunicação escrita, visual e áudio	Mensal
	Facebook: www.facebook.com/psicoterapiasbreves	Comunicação escrita, visual e áudio	Diário
	Sites de Informação ao Cidadão	Comunicação escrita e visual	Anual
Imprensa	Cartazes, <i>Roll up</i> e Folhetos	Comunicação escrita e visual	Anual
Meios Apresentativos / Non-Media Communication			
Espaço institucional ou privado	Parcerias e Sessões informativas	Comunicação Oral	Variável

5.3 PLANEAMENTO DOS MEDIA: OBJECTIVOS E IMPLEMENTAÇÃO

“In professional organizations, developing external communication strategies that emphasize consistency and stability is important. [...] Internally, induction and training procedures can be usefully employed to encourage professionals to behave in standardized ways when dealing with clients.”

(Stuart, 2003, p. 116)

Tal como indicado por Stuart, sendo uma organização de carácter profissional, a Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) deve manter uma comunicação externa consistente e estável. Por este motivo, iremos maioritariamente polir a comunicação já existente, consolidá-la e apresentar a S.P.P.B. em novos canais.

A nível interno, recomendam-se acções de formação para encorajar os profissionais a lidarem com os clientes de forma padronizada, mantendo um equilíbrio entre a criatividade individual dos trabalhadores e os objectivos da organização (Stuart, 2003, p. 116). No que concerne a eventos científicos, a S.P.P.B. organiza ao longo do ano diversos seminários destinados aos sócios, aos formandos e em certos casos à população em geral, sempre o mais aproximado possível do seu quadro conceptual e da sua postura terapêutica.

Durante este plano de comunicação, houve a preocupação de divulgar uma das actividades da S.P.P.B., a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária, tentando criar *templates* ou normas para a divulgação desta actividade da S.P.P.B.

SITE DA S.P.P.B.

Como instrumento do presente plano de comunicação, o *site* deve ser actualizado cerca de 3 ou 4 vezes por ano para promover as diversas actividades da S.P.P.B., como o encontro anual, os seminários que não se destinem exclusivamente a formandos e sócios da S.P.P.B. e a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC) quando estiver implementada.

Com o objectivo de manter alguma consistência, evitar erros e evitar custos adicionais, devem ser promovidos todos da mesma forma e apresentados do lado

esquerdo. Com um tipo de letra simples, cores apelativas e com hiperligações a páginas com mais informações:

Ilustração 8 - Exemplo da promoção de eventos no site



No que respeita aos serviços clínicos, o *site* necessita dum preço que indique o valor total das consultas de psicoterapia, pois outras clínicas já o fazem, levando o potencial cliente a comparar preços ou a escolher a clínica que os disponibiliza, em vez de se basear apenas em factores inerentes à sua própria experiência (Thomas, 2004, p. 34).

O preço poderá ser colocado numa página à parte ou no separador correspondente (Serviços Clínicos) por baixo da descrição dos serviços, mas deixando claro que para obter mais informações sobre a CAIC será necessário contactar a S.P.P.B., para que não haja transferência de potenciais clientes das consultas de psicoterapia e para que seja explicada a diferença entre estes serviços clínicos.

Tabela 6 - Exemplo de preço dos serviços clínicos

Serviços Clínicos	Frequência	Valor
Sessões de Psicoterapia	1x por semana – 50 min.	* 50€
Sessões de Aconselhamento	Esporádica – 50 min.	* Valor sob consulta

* Para obter informações e fazer marcações contacte-nos das 14 às 19h30m.

CANAL DO YOUTUBE E VÍDEOS PROMOCIONAIS

Tal como a Ordem de Psicólogos Portugueses, no domínio <http://www.youtube.com/ordempsicologos>, a S.P.P.B. deve criar um perfil no Youtube e disponibilizar *online* as filmagens do Encontro da S.P.P.B., assim como dos seminários ou de outro tipo de eventos científicos. A utilização de um canal do Youtube permite sem qualquer custo a partilha através do Youtube e de outras plataformas em que S.P.P.B. já se encontra inserida, como o Facebook e o *site*.

Para além da criação de vídeos que promovam o modelo, o quadro conceptual e a postura terapêutica em que se insere, através de entrevistas. A S.P.P.B. deve promover a CAIC através da compilação de imagens no Windows Movie Maker, utilizando a função de locução para os tornar mais dinâmicos e poupando no texto.

Relembremos que é necessário dar informações sobre a CAIC de forma a gerar contactos para a S.P.P.B., de forma a não perder potenciais clientes das consultas de psicoterapia.

FACEBOOK

Dado o actual sucesso do perfil da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, não se recomendam mudanças radicais. O ideal seria mudar de um perfil para uma página de Facebook, de modo a obter as estatísticas e as informações adicionais referentes à interacção com o público, mas se a mudança for abrupta pode resultar na perda de seguidores. Desta forma, recomenda-se a criação duma página do Facebook para a S.P.P.B. que funcione simultaneamente com o perfil de Facebook e que se venha a fazer uma mudança gradual durante o próximo ano.

O tipo de mensagens utilizado actualmente parece obter a resposta desejada. Por esta razão, a S.P.P.B. deve continuar a utilizar mensagens de carácter informativo sobre psicoterapia, aconselhamento, psicanálise ou filosofia, recorrendo ou não a citações de autores dentro do tema, complementando com uma imagem relacionada com o tema ou do autor da citação. Não obstante, a S.P.P.B. deve ser consistente e evitar alterar o logótipo, pois é a sua identidade visual.

Como indicado por Rimal e Lapinski (2009), a mudança dos canais de comunicação é rápida, por isso a solução mais adequada passa pela utilização do

Publisher ou Illustrator para desenvolver cada imagem promocional, em vez do PowerPoint ou do Paint, porque o Publisher permite a criação dum *template*, oferece uma melhor qualidade de impressão e uma maior precisão na disposição das imagens.

As *covers* do Facebook devem ter 851 x 315 pixéis (22,51 x 8,33 cm.), sendo que ao abrir o perfil da S.P.P.B. o utilizador apenas vê 115 pixéis (3,04 cm.) da base da imagem, zona onde se deve colocar a informação mais relevante.

Como podemos observar pelo exemplo anterior (Ilustração 9), esta zona corresponde à parte que diz “Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária (CAIC)” até à parte que indica a data e o horário de realização do evento.

Ilustração 9 - Exemplos de Cover para o Facebook da S.P.P.B.

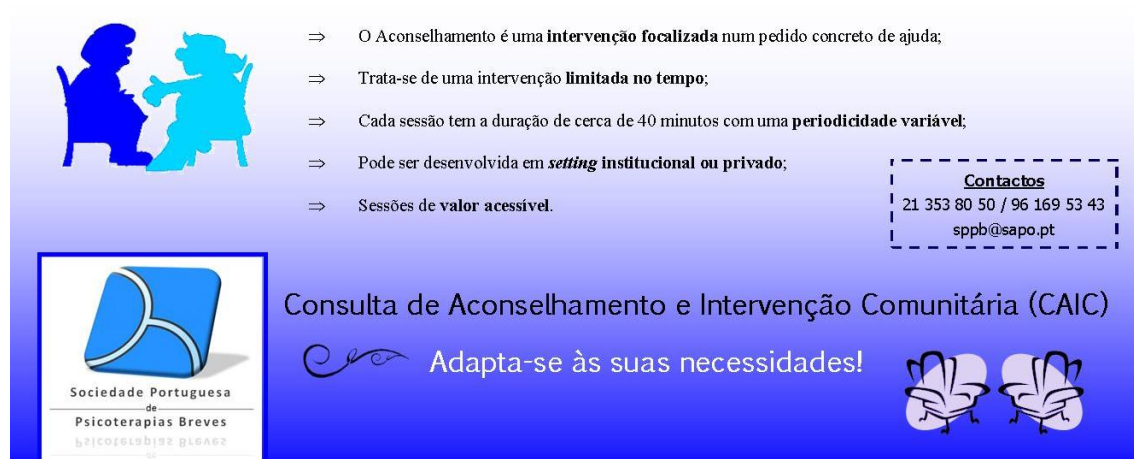


Ilustração 9 apresenta um exemplo de uma capa (cover) para o Facebook da S.P.P.B. A capa tem um fundo azul com elementos brancos. No canto superior esquerdo, há um ícone de duas pessoas sentadas e conversando. À direita deste ícone, há uma lista de pontos sobre o aconselhamento, cada um precedido por uma seta (⇒). No canto superior direito, há um retângulo tracejado com o título "Contactos" e os dados de contacto. No canto inferior esquerdo, há um ícone de um livro aberto com o nome da organização. No centro, há o título principal e uma frase de adaptação. No canto inferior direito, há dois ícones de folhas.

⇒ O Aconselhamento é uma **intervenção focalizada** num pedido concreto de ajuda;

⇒ Trata-se de uma intervenção **limitada no tempo**;

⇒ Cada sessão tem a duração de cerca de 40 minutos com uma **periodicidade variável**;

⇒ Pode ser desenvolvida em **setting institucional ou privado**;

⇒ Sessões de **valor acessível**.

Contactos
21 353 80 50 / 96 169 53 43
sppb@sapo.pt

Sociedade Portuguesa
de
Psicoterapias Breves
PSICOTERAPIAS BREVES

Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária (CAIC)

Adapta-se às suas necessidades!

Neste plano de comunicação, são facultadas as dimensões disponibilizadas pelo Facebook consideradas como ideais na publicação de *covers*, havendo várias *sites* que as apresentam de forma mais inteligível (ver Anexo 3). Este tipo de informações são actualizadas pelo próprio Facebook aquando duma mudança no *layout* dos perfis ou páginas, algo a ter em conta caso esta rede social sofra mudanças durante o próximo ano.

CARTAZES

No que concerne aos cartazes para divulgação dos serviços clínicos, estes serão impressos pela S.P.P.B. entre 5 e 20 em A3 e entre 20 e 30 em A4, para serem entregues

ou enviados por correio postal e ficarem expostos nos espaços físicos de diversas entidades, nomeadamente Juntas de Freguesia, Lojas do Cidadão, Centros de Emprego, hospitais públicos, os centros de saúde, os centros sociais e os lares localizados perto da S.P.P.B.

Pelo menos 27 cartazes serão afixados em Juntas de Freguesia, nomeadamente:

Actual Freguesia	População Residente (INE, 2012b)	Indivíduos residentes pensionistas ou reformados ou sem actividade económica (INE, 2012b)	Actuais Juntas de Freguesia
Arroios	32 262	21 213 (65,75%)	Anjos, Pena e São Jorge de Arroios.
Misericórdia	13 041	8 401 (64, 42%)	Encarnação, Mercês, Santa Catarina e São Paulo.
Penha de França	27 967	19 652 (70, 27%)	Penha de França e São João.
Santa Maria Maior	12 961	8 654 (66,77%)	Castelo, Madalena, Mártires, Sacramento, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, São Miguel, São Cristóvão e São Lourenço, São Nicolau, Sé e Socorro.
Santo António	11 855	7 471 (63,02%)	Coração de Jesus, São José e São Mamede.
São Vicente	14 575	10 554 (72,41%)	Graça, Santa Engrácia e São Vicente de Fora.

Pelo menos dois cartazes, nas Lojas do Cidadão no centro de Lisboa, mais concretamente a dos Restauradores e a das Laranjeiras.

Pelo menos dois cartazes, nos Centros de Emprego que agora abrangem as seguintes freguesias:

Centro de Emprego	Freguesias Abrangidas
Arroios	Anjos, Pena e São Jorge de Arroios
Picoas	Benfica, Anjos, Alto do Pina, S. Domingos de Benfica, Beato, Alvalade, Campolide, Castelo, Campo Grande, Carnide, Coração de Jesus, Charneca, Ameixoeira, Encarnação, Marvila, Lumiar, Graça, N. Senhora de Fátima, Madalena, S. João de Brito, Mártires, S. João de Deus, Mercês, S. Sebastião da Pedreira, Pena, Santa Maria dos Olivais, Penha de França, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santiago, Santo Estevão, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro.

Tal como as imagens do Facebook, o cartaz foi criado no Publisher e predominam os tons azuis para o fundo. Salienta-se a informação mais relevante sobre a S.P.P.B. e a CAIC, os contactos e o valor, respectivamente. São apresentados bonecos simbólicos para o psicoterapeuta e para o cliente que, no caso da Ilustração 10, está direccionado para o público-alvo acima dos 60 anos e, no caso da Ilustração 11, está direccionado para o público-alvo entre os 40 e os 50 anos.

A utilização do Publisher permite a cópia e modificação rápida dos elementos presentes no cartaz, sem alterar a disposição dos objectos.



Sessões Económicas e ao seu Ritmo

**Sente-se
incompreendido?**

**Fale
Connosco.**



Sociedade Portuguesa
de
Psicoterapias Breves
psicoterapias breves

Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária (CAIC)

Adapta-se às suas necessidades!

Morada Rua Rodrigues Sampaio, 138 - 2º 1150-282 Lisboa	Contactos 21 353 80 50 96 169 53 43	sppb@sapo.pt www.sppb.pt
---	--	---

Sessões Económicas e ao seu Ritmo



**Bem-estar
não se compra,
mas é acessível.**

**Fale
Connosco.**



Sociedade Portuguesa
de
Psicoterapias Breves
psicoterapias breves



Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária (CAIC)

Adapta-se às suas necessidades!



Morada

Rua Rodrigues Sampaio, 138 - 2º
1150-282 Lisboa

Contactos

21 353 80 50
96 169 53 43

sppb@sapo.pt
www.sppb.pt

FOLHETOS

Com o intuito de promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC), a S.P.P.B. irá deixar folhetos nas juntas de freguesia, nas lojas do cidadão, nas farmácias e nas policlínicas sem serviços de Psicologia localizadas perto da S.P.P.B.

As juntas de freguesia correspondem às que foram referidas para afixação de cartazes.

Num raio de um quilómetro, identificámos as seguintes farmácias: Farmácia do Marquês, a Farmácia Morais Sarmento, a Farmácia Galénica, a Farmácia Braamcamp e a Farmácia Gomes.

Num raio de um quilómetro, identificámos as seguintes policlínicas: Policlínica Central de Lisboa, a Policlínica da Estefânia, a Policlínica do Rato e a Clivip.

Correspondendo assim a 27 juntas de freguesia, a pelo menos 5 farmácias, a pelo menos 4 policlínicas e a duas Lojas do Cidadão, a dos Restauradores e a das Laranjeiras.

Em comparação com os cartazes, ao ser um suporte susceptível a ser levado e observado com calma, o folheto explica as características da CAIC. Por outro lado, as imagens utilizadas são menos simbólicas e reflectem o público-alvo desejado: indivíduos acima dos 40 anos, predominantemente do sexo feminino.

Ilustração 12 - Panfletos A5 (frente e verso)



Sociedade Portuguesa
de
Psicoterapias Breves
psicoterapias breves
de

Procura bem-estar?

Fale
Connosco!

**Consulta de Aconselhamento e
Intervenção Comunitária (CAIC)**
Adapta-se às suas necessidades!

Morada Rua Rodrigues Sampaio, 138 - 2º 1150-282 Lisboa	Contactos 21 353 80 50 96 169 53 43	sppb@sapo.pt www.sppb.pt
--	--	-----------------------------



- ⇒ O Aconselhamento é uma **intervenção focalizada** num pedido concreto de ajuda;
- ⇒ Trata-se de uma intervenção **limitada no tempo**;
- ⇒ Cada sessão tem a duração de cerca de 40 minutos com uma **periodicidade variável**;
- ⇒ Pode ser desenvolvida em **setting institucional ou privado**;
- ⇒ Sessões de **valor acessível**.

PARCERIAS E SESSÕES INFORMATIVAS

A S.P.P.B. deve entrar em contacto com juntas de freguesia, lares, centros de dia, universidades da terceira idade, sindicatos e fundações como o INATEL, de forma a realizar parcerias para a realização de consultas de aconselhamento nas instalações das próprias instituições ou para encaminhamento de clientes.

Aquando da realização duma parceria, deve ser realizada uma sessão informativa no próprio local para dar a conhecer a sua oferta clínica da S.P.P.B, com especial ênfase na CAIC.

Para as sessões informativas, a S.P.P.B. deve utilizar os cartazes propostos anteriormente e criar cartões de identificação para os oradores, sugere-se a aquisição dum *roll up* para uma maior dinamização do evento.

No atelier de impressão Cadigital, um *roll up* custa entre 90 a 154 euros dependendo do tamanho e permitem o envio do ficheiro da arte final em diversos formatos, sempre à escala real e com contorno a negro, sendo o prazo de execução entre um ou dois dias úteis.

O *roll up* acrescenta uma componente visual muito mais atractiva do que um simples cartaz A1 e o valor compensa, principalmente quando se conjuga texto e imagens equitativamente; uma vez que é fácil de transportar pode ser utilizado nas diferentes sessões informativas.

No exemplo que se segue, podemos observar que o logótipo e a mensagem da S.P.P.B. estão na parte mais clara da tela; as imagens escolhidas para ilustrar a mensagem são figurativas; o texto explicativo é sucinto e organizado por tópicos; enquanto a imagem e um pequeno texto ganham contraste na zona mais escura, a base.

Ilustração 13 - Exemplo de roll up



5.4 AVALIAÇÃO DO PLANO DE COMUNICAÇÃO

A avaliação do plano de comunicação tem por objectivo avaliar o impacto das actividades de comunicação executadas, de forma fazer as alterações necessárias para o ano seguinte. Visto que será a própria Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) a levar a cabo esta avaliação, foram escolhidas acções de fácil implementação e de baixo custo.

Os indicadores de realização medem a produção directa das actividades de comunicação e de promoção do presente plano de comunicação.

Meio	Suporte	Frequência ou Unidades	Gastos
Meios Representativos / Media Communication			
<i>Internet</i>	Site da SPPB: www.sppb.pt	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Canal do Youtube	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Facebook: www.facebook.com/psicoterapiasbreves	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Sites de Informação	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
<i>Imprensa</i>	Cartazes A3	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Cartazes A4	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Folhetos	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
	Roll-Up	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
Meios Apresentativos / Non-Media Communication			
Espaço institucional ou privado	Parcerias e Sessões informativas	<input type="text"/>	<input type="text"/> €
Total:			<input type="text"/> €

Uma vez posta em prática a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC), a avaliação da execução do presente plano de comunicação deve ser feita através de um breve questionário antes de cada sessão de aconselhamento, mesmo que não seja a primeira vez.

Tabela 7 - Exemplo de Questionário aos Clientes da CAIC

INFORMAÇÕES GERAIS		DATA: ____/____/____
Idade: _____	Feminino <input type="checkbox"/> - Masculino <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: _____	Etnia: _____	
Nacionalidade: _____	Junta de Freguesia: _____	
Habilitações Literárias: _____	Profissão: _____	
Primeira Consulta? <div style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/> (Parte I) - Não <input type="checkbox"/> (Parte II)</div>		
Parte I. Como tomou conhecimento da CAIC: _____		
O que é que lhe chamou à atenção sobre este serviço: _____ _____ _____		
Parte II. Complete a frase: Decidiu voltar, porque da última vez... _____ _____ _____		

A data da sessão irá permitir determinar a frequência sazonal e compreender ligações entre a idade dos indivíduos e a frequência com que recorrem às consultas.

As seguintes informações dizem respeito à definição e análise do público-alvo: determinação da segmentação geográfica; da segmentação demográfica, que inclui idade, etapa do ciclo de vida, fase da vida (indivíduos na mesma etapa do ciclo de vida podem não estar na mesma fase, por exemplo: dois jovens adultos podem estar a atravessar

situações diferentes, como um divórcio e um casamento), género, etnia, cultura e, ainda, uma estimativa da sua remuneração através das suas habilitações literárias e da sua profissão (Kotler, 2011, p. 212-234).

Se for uma primeira consulta, a Parte I irá permitir uma avaliação do impacto do plano de comunicação e a percepção dos clientes sobre as acções de comunicação.

A Parte II remete para o sucesso ou insucesso da consulta anterior e para as tecnologias do cuidado que foram utilizadas e percebidas pelo cliente (Jorge, Pinto, Quinderé et al., 2011)

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves deve ter em conta estas acções de avaliação e poderá sempre adaptá-las e aplica-las noutros campos, nomeadamente nos cursos de formação e nas consultas de psicoterapia.

CONCLUSÃO

Como objectivo principal deste trabalho de projecto foi proposto definir quais as actividades de comunicação mais adequadas na promoção da saúde mental no caso da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (S.P.P.B.) para divulgar a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

Para definir as actividades de comunicação mais adequadas recorreremos não só aos levantamentos teóricos sobre Marketing em Saúde, Comunicação em Saúde e em Saúde Mental, como também às informações referentes à contextualização e aos recursos e limites financeiros da S.P.P.B., ajustando aos dados do público-alvo da comunicação.

Isto é, para determinar as actividades de comunicação mais adequadas na promoção da CAIC foi necessário alcançar os objectivos de estudo propostos, inerentes a um plano de comunicação:

- a) Identificar as condições sociopolíticas, económicas, tecnológicas e legais em que a S.P.P.B., se insere;
- b) Identificar os recursos, as oportunidades e as ameaças que a S.P.P.B. possui;
- c) Elaborar o diagnóstico da situação de mercado da S.P.P.B.;
- d) Determinar os objectivos estratégicos da comunicação e a campanha de comunicação que melhor se adequa à S.P.P.B. na sua área de acção: a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

Como objectivos estratégicos da comunicação foram definidos os seguintes: promover a S.P.P.B. e aumentar a sua visibilidade, ao promover a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC); informar com clareza e detalhe todos os potenciais interessados sobre as psicoterapias breves baseadas no quadro conceptual e na postura terapêutica supra referidos; informar a comunidade sobre os benefícios de recorrer ao aconselhamento e de manter uma saúde mental saudável e angariar clientes para a consulta de aconselhamento e intervenção comunitária (CAIC).

Para determinar se estes objectivos foram alcançados, para além de observar as variações no número de clientes que aderem à CAIC, foi proposto que se realizasse um breve questionário antes de cada sessão de aconselhamento, mesmo que não seja a primeira vez. Este questionário pode ser alterado à medida que surjam novas necessidades

de informação e servirá para compreender se é necessário fazer alterações profundas no próximo plano de comunicação.

A nível teórico, dos três temas abordados, Marketing em Saúde revelou ser o que se encontra melhor definido e mais desenvolvido e que, apesar de ser pouco investigado em Portugal, é o mais fácil de aceder.

A comunicação em saúde, tal como já foi referido, pode assumir diversas vertentes (Teixeira, 2004, p. 615) e algumas foram recentemente exploradas por investigadores portugueses, como as tecnologias da informação na área da saúde (Espanha, 2009); o que poderá corroborar a dificuldade em investigar uma vertente específica da comunicação em saúde, mais concretamente a da promoção da saúde e da promoção da saúde mental.

Visto que as áreas da saúde e da comunicação estão em constante mudança e dado o carácter embrionário da presente investigação, torna-se imperativo a realização de levantamentos teóricos em português e do desenvolvimento de estudos de forma contínua relacionados com a comunicação em saúde e em saúde mental num âmbito lusófono, adaptando esta vertente da comunicação à nossa cultura.

Neste ponto, foram incluídos aspectos como as implicações do estudo e as sugestões para novos trabalhos de investigação, uma necessidade que foi sentida ao longo da elaboração da investigação. Durante o trabalho de projecto, foi valorizado o desenvolvimento de um espírito crítico e, posteriormente, criativo, apontando caminhos para progressos na área da comunicação em saúde, assim como para o desenvolvimento pessoal e profissional dos psicoterapeutas.

Em suma, este trabalho é o culminar de mais uma etapa de formação, com um grande aporte de conhecimentos, tanto ao nível prático da comunicação, como ao nível da investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJZEN, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavioural and Human Decision Processes*, 50, 179-211. EUA: Elsevier.
- BARROS, P. & SIMÕES, J. (2007). Portugal - Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(55), 1-140. Reino Unido: WHO Europe. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf, consultado a 29/04/2012)
- BECKER, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. EUA: Charles B. Black.
- BELCH, George e BELCH, Michael (2003). *Advertising and Promotion: An Integrated Marketing Communications Perspective*. 6th Edition. USA: The McGraw-Hill Companies.
- BORGES, I. P. (1986). História da psicologia em Portugal (VII): antecedentes das faculdades de psicologia e de ciências da educação. *Jornal da Psicologia*, 5(1), 7-12. Porto: Grupo de Estudos e Reflexão em Psicologia. (http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=20021, consultado a 22/10/2012)
- DH, Department of Health (2001). *Making It Happen - A Guide to Delivering Mental Health Promotion*. Inglaterra: Crown Copyright. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007907, consultado a 22/10/2012)
- ESPANHA, Rita (2009). A saúde em comunicação. *Media, Redes e Comunicação – Futuros Presentes*. Portugal: Quimera Editores.
- FISHBEIN, M. e AJZEN, I. (1975). *Belief, intention, and behaviour: An introduction to theory and research*. EUA: Addison-Wesley.
- FLAY, B. R. e PETRAITIS, J. (1994). The theory of triadic influence. A new theory of health behaviour and implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44. Inglaterra: Emerald.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2010). Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias: Proporção de indivíduos com idade entre 16 e 74 anos que utilizaram Internet nos primeiros 3 meses do ano (%) por

- Tipo de actividades efectuadas na Internet. *Indicadores: Base de Dados*. Lisboa: INE.
- (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001888&contexto=bd&selTab=tab2, consultado a 08/02/12).
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2012a). Boletim Mensal de Estatística - Fevereiro de 2012. *Publicações*. Lisboa: INE.
- (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=135589516&PUBLICACOESmodo=2, consultado a 08/02/12).
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2012b). Censos - Resultados definitivos: Portugal - 2011. *Publicações*. Lisboa: INE.
- (http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554, consultado a 08/02/13).
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2012c). Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias: Proporção de indivíduos com idade entre 16 e 74 anos que utilizam Internet (%) por Última utilização de Internet. *Indicadores: Base de Dados*. Lisboa: INE.
- (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001888&contexto=bd&selTab=tab2, consultado a 08/02/12).
- JORGE, M. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. D. et all. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060. São Paulo: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- (<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>, consultado a 28/04/2012)
- GRIFFITHS, W. & KNUTSON, A. L. (1960). The Role of Mass Media in Public Health. *Am J Public Health Nations Health*, 50(4), 515-523.
- KAMMERER, J. (1988). *Beitrag Der Produktpolitik Zur Corporate Identity*. München: GBI-Verlag.
- KEYES, C. M. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. EUA: American Psychological Association.

- KNUTSON, A. L. (1967). Frames of reference in Public Health Communication. *Journal of Health and Social Behavior*, 8(2), 107-115. EUA: American Sociological Association.
- KOTLER, P. & CLARKE, R. N. (1987). *Marketing for Health Care Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- KOTLER, P. & KELLER, K. L. (2011). *Marketing Management*. 12th Edition. EUA: Prentice Hall.
- LINDON, D.; LENDREVIE, J.; LÉVY, J. et al. (2009). *Mercator XXI. Teoria e Prática Do Marketing*. 12^a Edição. Lisboa: Dom Quixote.
- MANHAL-BAUGUS, M. (2001). E-Therapy: Practical, Ethical, and Legal Issues. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(5), 551-563. EUA: Mary Ann Liebert, Inc.
- MHE – Mental Health Europe. (2010). *History of Mental Health Europe 1985-2010*. Bruxelas: Mental Health Europe. (<http://www.mhe-sme.org/assets/files/publications/25years-MHE-web-light.pdf>, consultado a 08/01/12).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf, consultado a 28/01/13).
- MINTZBERG, H. (1989). *Mintzberg on Management*. Illinois: The Free Press.
- OLIVER, C. (1990). Session 4: Mental Health in Young and Old - Health promotion within an ageing population. *The Statistician of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician) - Special Issue: Health of Inner Cities and Urban Areas*, 39(2), 205-206. E.U.A.: Blackwell Publishing.
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011a). Código Deontológico. Lisboa. (https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico, consultado a 10/11/2011).
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011b). Código Deontológico. Lisboa. (https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico, consultado a 10/11/2011).
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011c). Evidência científica sobre custo-effectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. *Notícias*. Lisboa. (https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cienta

- [fica sobre custo efectividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde.pdf](#), consultado a 21/11/2011).
- PECK, R.; OLSEN, C. & DEVORE, J. (2011). *Introduction to Statistics and Data Analysis*. 4th Edition. Boston: Brooks/Cole.
- PETERSON, I. (2010). At the heart of development: an introduction to mental health promotion and the prevention of mental disorders in scarce-resource contexts. *Promoting mental health in scarce-resource contexts: Emerging evidence and practice*. África do Sul: HSRC Press.
- PETERSON, I. e GOVENDER, K. (2010). Theoretical considerations: from understanding to intervening. *Promoting mental health in scarce-resource contexts: Emerging evidence and practice*. África do Sul: HSRC Press.
- POSTEL, M. G.; HAAN, H. A. & JONG, C. A. J. (2008). E-Therapy for Mental Health Problems: A Systematic Review. *Telemedicine and E-Health*, 14(7), 707-714. EUA: Mary Ann Liebert, Inc.
- RIMAL, R. N. & LAPINSKI, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bull World Health Organ*, 87, 247 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713.pdf>, consultado a 05/10/2012).
- ROBINSON, E. (2009). Online counselling, therapy and dispute resolution: Online counselling, therapy and dispute resolution. *Australian Family Relationships Clearinghouse Briefing*, 15. Australia: Australian Institute of Family Studies.
- SAUNDERS, M.; LEWIS, P. & THORNHILL, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. 5th Edition. Edinburgh: Prentice Hall.
- SHIMP, Terrence (2007) – *Advertising, Promotion, and Other Aspects of Integrated Marketing Communications*. 7th Edition. USA: Thomson South-Western
- SPPB – Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves. (2012a). *Site oficial*. (<http://www.sppb.pt>, consultado a 05/10/2012).
- SPPB – Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves. (2012b). *Regulamento Interno*. (http://www.sppb.pt/uploads/Regulamento_Interno_sppb.pdf, consultado a 10/09/2012).
- SPPB – Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves. (2012c). *Estatutos*. (http://www.sppb.pt/uploads/estatutos_sppb.pdf, consultado a 10/09/2012).
- STAKE, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. California: Sage Publications.

- STUART, H. (2003). The effect of Organizational Structure on Corporate Identity Management. *Revealing the Corporation: Perspectives on Identity, Image, Reputation, Corporate Branding and Corporate Level Marketing*, 106-123. Ed. BALMER, J. e GREYSER, S. Londres: Routledge.
- TAIT, L. & LESTER, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 168–175. E.U.A.: The Royal College of Psychiatrists. (<http://apt.rcpsych.org/cgi/eletter-submit/11/3/168>, consultado a 07/01/12).
- TEIXEIRA, J. A. C. (2004). Notas Didáticas - Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utente. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>, consultado a 10/01/12).
- THOMAS, R. (2004). *Marketing Health Services*. Chicago: Health Administration Press.
- WHO – World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, consultado a 07/01/12).
- WHO – World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization. (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, consultado a 07/01/12).
- WHO – World Health Organization. (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. *Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences*. Geneva: WHO Europe. (<http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>, consultado a 27/04/12).
- WHO – World Health Organization. (2011). Impact of economic crisis on mental health. *Publications - Mental Health*. Copenhagen: WHO Europe. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf, consultado a 26/11/11).
- WILLIAMS, S. M.; CHAPMAN, D.; LANDO, J. et al. (2005). The Role of Public Health in Mental Health Promotion. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, 841-842. E.U.A.: CDC – Centers for Disease Control and Prevention.

ANEXOS

Anexo 1 - Resposta às necessidades de informação



Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves

Ex.ma Senhora
D. Joana Soares
joana.morais.soares@gmail.com

Lisboa, 29 de Novembro de 2011

Assunto: Proposta para Plano de Comunicação da SPPB

Ref.ª n.º 255/11

Boa tarde,

Agradecendo desde já a proposta apresentada, vimos por este meio enviar-lhe tal como solicitado as respostas ao ponto cinco.

Ficando a aguardar os seus resultados, subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos,

Grça Góis

Secretária da Direcção da Sociedade
Portuguesa de Psicoterapias Breves

5. NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

As necessidades de informação iniciais são:

a) Qual a missão da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves?

A Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves é uma Associação Científica em 1989, tendo como objectivo principal contribuir para a divulgação, formação e intervenção das psicoterapias breves embasadas num quadro conceptual psicanalítico com a postura terapêutica fenomenológica-existencial ,proporcionando uma formação qualificada a vários profissionais.

A Sociedade oferece dois cursos de formação, o Curso de Psicoterapeuta com a duração de 5 anos, e o Curso de Técnicos de Aconselhamento com a duração de 2 anos, bem como acções de formação permanente; promove ainda a realização de encontros científicos, e a publicação de textos informativos e científicos. Esta formação é constituída por aprendizagens de teoria e prática, supervisão e desenvolvimento pessoal.

A formação na SPPB cumpre os requisitos internacionais de formação de psicoterapeutas.

Com mais de duas décadas de existência, tem proporcionado a um grande número de profissionais uma actividade formativa reconhecida pela sua qualidade. A SPPB promove anualmente dois novos cursos de formação, o Curso de Psicoterapeutas e o Curso de Técnicos de Aconselhamento.

O aperfeiçoamento profissional dos Psicoterapeutas e dos Técnicos de Aconselhamento é ainda assegurado pela SPPB por um conjunto de acções de formação contínua e de iniciativas científicas (congressos, colóquios, seminários, workshops) com a colaboração de convidados nacionais e estrangeiros.

- b) Quão ambiciosa é?** Medianamente.
- c) Que riscos está a sociedade científica disposta a tomar?** nenhuns.
- d) Qual é o estado dos seus recursos financeiros?** Equilibrado.
- e) Qual é o estado dos seus recursos tecnológicos?** Bom.
- f) Qual é o estado dos seus recursos humanos?** Bom.
- g) Quais as tendências de “vendas” (novos clientes e clientes permanentes) dos últimos anos? E os lucros?** Em relação às tendências existiu um ligeiro aumento a partir de Setembro e os lucros têm sido direccionados para investimentos.
- h) O *share* da sociedade subiu ou desceu?** Aumento gradual a partir de Setembro.
- i) Neste momento, que tipo de meios de comunicação são utilizados para promover a sociedade científica?** Facebook; Site; Listas Telefónicas;

Protocolos com diversas Instituições e Abertura da Consulta de Aconselhamento e Intervenção Comunitária; Publicação da Revista Psicoterapia Breve; XI Encontro em Fevereiro de 2012

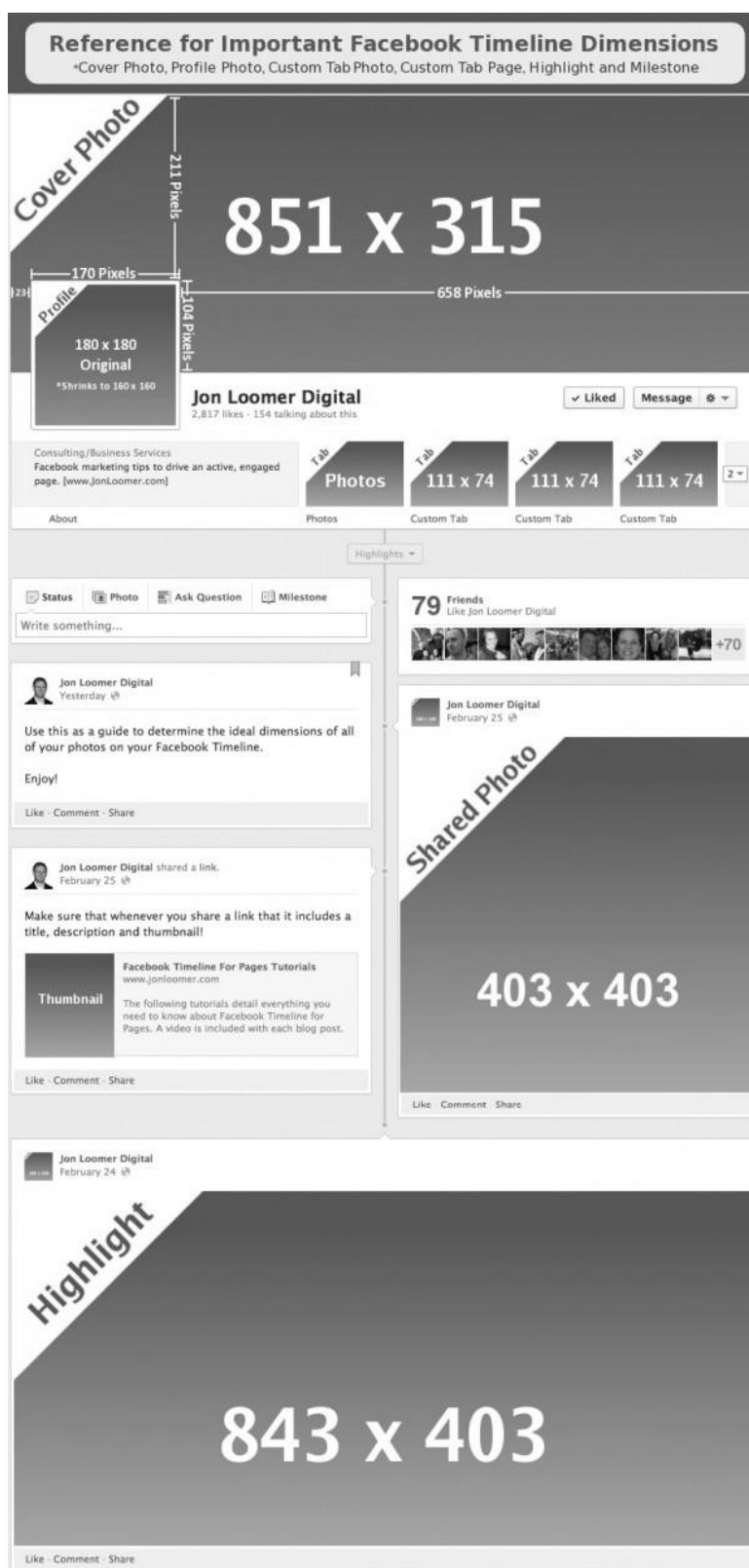
- j) **Quanto está disposta a gastar em publicidade/comunicação por ano?**
1200 Euros.

Anexo 2 - Dados Clientes

Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Como tomou Conhecimento
Feminino	40 Anos	Casada	Professora Educação Especial	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Feminino	34 Anos	Solteira	Professora Universitária de Agronomia	
Feminino	54 Anos	Casada	Empresária	
Feminino	50 Anos	Solteira	Enfermeira	
Masculino	31 Anos	Casado	Comercial	
Feminino	38 Anos	Solteira	Gestora	
Feminino	48 Anos	Divorciada	Médica Radiologista	
Feminino	42 Anos	Casada	Consultora de Marketing	
Feminino	47 Anos	Solteira	Música	
Feminino	33 Anos	Solteira	Chefe de Controlo de Qualidade	
Feminino	51 Anos	Divorciada	Secretária	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Feminino	59 Anos	Casada	Técnica Superior de Ciências Sociais	
Masculino	43 Anos	Casado	Pasteleiro	
Masculino	33 Anos	União de Facto	Empresário	
Feminino	26 Anos	Casada	Assistente Social	
Feminino	39 Anos	Solteira	Projectos Internacionais	
Feminino	36 Anos	Solteira	Veterinária	
Feminino	34 Anos	Casada	Encarregada de Hotelaria	
Feminino	--	Solteira	Estudante de Escultura	
Feminino	--	Solteira	Educadora de Infância	
Masculino	31 Anos	Solteiro	Arquitecto	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Masculino	26 Anos	Solteiro	Estudante Webdesigner	
Feminino	28 Anos	Solteira	Bancária	
Masculino	52 Anos	Divorciado	Professor Universitário de História	
Masculino	20 Anos	Solteiro	Estudante Engenharia Física	
Masculino	33 Anos	Solteiro	Realizador	
Feminino	27 Anos	Solteira	Investigadora de Engenharia	
Feminino	38 Anos	Solteira	Geóloga	
Masculino	19 Anos	Solteiro	1.º Ano de Psicologia	
Feminino	27 Anos	Solteira	Consultora de Formação	
Feminino	20 Anos	Solteira	Estudante de Design	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Feminino	26 Anos	Solteira	Operadora de Telemarketing	
Feminino	46 Anos	Divorciada	Notária	
Masculino	27 Anos	Solteiro	Desempregado Era Militar	
Feminino	30 Anos	Solteira	Professora Inglês	
Masculino	44 Anos	Divorciado	Teatro	
Masculino	34 Anos	Casado	Técnico Contas	
Masculino	30 Anos	Solteiro	Comissário de Bordo	
Feminino	27 Anos	Solteira	Enfermeira	
Feminino	24 Anos	Solteira	Advogada Estagiária	
Feminino	37 Anos	Separada	Assistente Técnica	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Masculino	22 Anos	Solteiro	Estudante Secundário	
Feminino	28 Anos	Solteira	Técnica Recursos Humanos	

Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Como tomou Conhecimento
Masculino	35 Anos	Solteiro	Jornalista	Colegas, Antigos e Actuais Clientes, Páginas Amarelas, <i>site</i> da SPPB, de alguns Médicos de Clínica Geral e através de algumas Instituições
Masculino	15 Anos	Solteiro	Estudante 10º Ano	
Masculino	53 Anos	Solteiro	Jurista	
Masculino	43 Anos	Casado	Engenheiro	
Masculino	44 Anos	Solteiro	Designer	
Feminino	24 Anos	Solteira	Figurinista	
--	19 Anos	--	Estudante de Direito	
--	21 Anos	--	Era Estudante de Artes	
--	27 Anos	União de Facto	Estudante Medicina Veterinária	
Masculino	47 Anos	Solteiro	Estudante de Ciências da Cultura	
Feminino	34 Anos	Solteira	Jornalista	
Masculino	34 Anos	Casado	Agente Artístico	
Feminino	27 Anos	Solteira	Editora de Vídeo	
Masculino	49 Anos	Viúvo	Engenheiro da PT Comunicações	
Feminino	52 Anos	Solteira	Enfermeira	
Feminino	40 Anos	Casada	Coordenadora Agro-Alimentar	
Masculino	32 Anos	Solteiro	Economista	
Feminino	35 Anos	Solteira	Chefe de Controlo de Qualidade	
Feminino	31 Anos	Casada	Técnica de Controlo de Qualidade	
Feminino	27 Anos	Solteira	Estudante de Arquitectura	
Feminino	35 Anos	Solteira	Delegada de Hospital	
Masculino	34 Anos	Solteiro	Engenheiro	
Feminino	27 Anos	Casada	Publicitária	
Feminino	25 Anos	Solteira	Médica Dentista	
Feminino	30 Anos	Solteira	Consultora	
Feminino	33 Anos	Solteira	Controller	
Feminino	36 Anos	Solteira	Engenheira Industrial	

Anexo 3 - Dimensões adequadas para as imagens do Facebook



Fonte: <http://www.jonloomer.com/2012/03/07/dimensions-for-facebook-timeline-for-pages-infographic/>, adaptação de <http://www.facebook.com>